

Universidade de Brasília/Faculdade da Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

Um estudo comparativo dos perfis populacionais e das condições de saúde entre os
sistemas penitenciários federal e estadual brasileiro

Isabela Brito Alves de Faria

Brasília

2019

Isabela Brito Alves de Faria

Um estudo comparativo dos perfis populacionais e das condições de saúde entre os sistemas penitenciários federal e estadual brasileiro

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília/Faculdade da Ceilândia, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, álcool e outras drogas Orientadora: Andrea Donatti Gallassi

Brasília

2019

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Um estudo comparativo dos perfis populacionais e das condições de saúde entre os sistemas penitenciários federal e estadual brasileiro./ Isabela Brito Alves de Faria. – Brasília: Universidade de Brasília/Faculdade da Ceilândia, 2019.

Xxxp.il.color.

Orientadora: Andrea Donatti Gallassi

Dissertação (Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde), Universidade de Brasília/Faculdade da Ceilândia, 2019.

1.Saúde Pública 2. Prisões 3. Anuários Demográficos
I.Gallassi, Andrea Donatti (orient.) II.Título

XXX XXX.XX

Isabela Brito Alves de Faria

Um estudo comparativo dos perfis populacionais e das condições de saúde entre os sistemas penitenciários federal e estadual brasileiro

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília/Faculdade da Ceilândia, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, álcool e outras drogas Orientadora: Andrea Donatti Gallassi

Na cidade de Brasília, em 26 de março de 2019, por meio de sessão pública e aberta, a Banca Examinadora considerou a presente candidata aprovada.

1- Examinadora: Dayani Galato. Assinatura:_____

2- Examinadora: Beatriz Vargas. Assinatura:_____

1- Presidente: Andrea Donatti Gallassi. Assinatura:_____

A Deus, aos meus pais, a meu irmão e a todos aqueles que contribuíram para a formação do meu conhecimento.

Ao Departamento Penitenciário Nacional pelo fornecimento dos dados.

À minha orientadora, Andrea Donatti Gallassi, pela condução assertiva na construção desta dissertação.

Ao estatístico, João Marcelo Brito Alves de Faria, pela contribuição fundamental e inédita na criação dos índices sintéticos no sistema penitenciário brasileiro.

À Juliana Faria pela correção e revisão de texto.

RESUMO

Esta dissertação analisa a complexidade do contexto prisional considerando perspectivas sociológicas, políticas e legais que dialogam com o tema. A pesquisa compreende que a população estudada tem especificidades e iniquidades inerentes ao sistema penitenciário brasileiro, a nível federal e estadual.

Analisar os perfis populacionais, as condições de saúde e os estabelecimentos prisionais brasileiros.

Estudo documental com análise de dados oriundos do Departamento Penitenciário Federal (DEPEN), considerando principalmente os anos de 2015 e 2016. Foi adotada a abordagem quantitativa com análise descritiva. Para análise dos estabelecimentos estaduais foram criados índices sintéticos. Em geral, as variáveis analisadas dividiam-se em duas categorias de informações: sociodemográficas e de assistência e estrutura de saúde.

A superlotação é uma característica exclusiva do sistema estadual. Quanto aos perfis: no Sistema Penitenciário Federal (SPF), população é totalmente masculina, de baixa escolaridade, sendo adultos não tão jovens, em algum relacionamento, negros, que recebem visitas e receberam penas maiores que 15 anos; nos estados, 94% da população são de homens, de baixa escolaridade, sendo adultos muito jovens, solteiros e negros. Quanto às condições de saúde: no SPF, a população tem demandas importantes quanto à saúde mental (tentativa de suicídio, histórico de uso de drogas, quadros de abstinência e uso de medicamento controlado) e a equipe de assistência em saúde é numericamente compatível com a quantidade de internos; nos estados, metade das unidades não estão equipadas e os profissionais da área da saúde são insuficientes para a população identificada. As cadeias públicas e as penitenciárias são os estabelecimentos mais presentes no âmbito na execução penal brasileira e apresentam os menores índices sintéticos.

A baixa escolaridade e a raça, cor da pele ou etnia negra são as características sociodemográficas comuns entre os sistemas analisados. O SPF é um nicho privilegiado de assistência em saúde e estrutura. Há uma necessidade de ampliar a agenda política sobre medidas alternativas de execução penal para minimizar o número de presos, e adequar a assistência em saúde oferecida para estabelecer um dispositivo que atenda as demandas considerando as implicações na saúde física e mental das pessoas privadas de liberdade no Brasil.

Descritores: Saúde Pública. Prisões. Anuários Demográficos.

ABSTRACT

This dissertation analyses the complexity of prison system context considering sociological, political and legal perspectives, which commonly interact with the topic. The research perceives that the studied population has inherent specialties and iniquities due the Brazilian's Penitentiary System, both in national and state spheres. Objective: To analyse the population profiles, health conditions and the Brazilian's prison establishments. Documental study with data analyses coming from the Federal Penitentiary Brazilian Department, known as the abbreviation DEPEN in Portuguese. Considering specially the years of 2015 and 2016. The approach adopted was qualitative with descriptive analyses. Synthetic Indices were created to analyse the State establishments. Overall, the variables slit up in two data categories: Sociodemographic and Structure of Health and Assistance. The overcrowding is an exclusive feature presented by the State Penitentiary establishments. About the analyses profiles: Inside the Federal Penitentiary System, the population are fully of men, low educations levels, most of them adults, not too young apparently. They are commonly black and present some kind of relationship. Usually, they receive standard visits and were sentenced over fifteen years of penalty. On the State context, 94% were men, low education levels, most of them young adults, single and black. About health conditions, the Federal System the populations demand relevant issues about mental health (frequent cases: suicidal ideation, drug using, abstinence conditions, using of controlled drugs). The health staff has a number of professionals suitable for the quantitative of prison internals. On state prisons, half of the units were not properly equipped and the health professionals number were definitely insufficient for the populations of internals. The public prisons and penitentiaries are the most presented facilities on the context of penal Brazilian execution showing the lowest synthetic indices. Sociodemographic features as low educations rates, skin color black ethnic are common inside the systems analysed. The Federal System is a privileged in terms of structure in the health assistance. There is a requirement to expand the political agenda about alternatives interventions of penal execution to decrease the number of internals, and improve the health assistance offered to establish a mechanism capable to supply the daily prison demands. Considering the physical and mental health implications of those who are in deprivation of liberty in Brazil.

Descriptors: Public Health. Prisons. Demographical Yearbook.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Distribuição das penitenciárias federais no Brasil, 2018	40
Gráfico 01 – Distribuição da população prisional do SPF, por unidade penitenciária, 2014 a 2017	63
Gráfico 02 – Distribuição do nível de escolaridade da população prisional do SPF, 2015 e 2016	65
Gráfico 03 – Distribuição da faixa etária da população prisional do SPF, 2015 e 2016	66
Gráfico 04 – Distribuição da naturalidade da população prisional do SPF, 2015 e 2016	67
Gráfico 05 – Distribuição do estado civil da população prisional do SPF, 2015 e 2016	68
Gráfico 06 – Distribuição da raça, cor da pele ou etnia da população prisional do SPF, 2015 e 2016	69
Gráfico 07 – Distribuição de visitas na população prisional do SPF, 2015 e 2016	70
Gráfico 08 – Distribuição das razões para não receberem visitas na população prisional do SPF, 2015 e 2016	70
Gráfico 09 – Distribuição do tempo de pena recebido pela população prisional do SPF, 2015 e 2016	71
Gráfico 10 – Distribuição do uso de drogas anterior à admissão no SPF, 2015 e 2016	73
Gráfico 11 – Distribuição do uso de drogas anterior à admissão no SPF, por tipo de substância, 2016	74
Gráfico 12 – Distribuição da tentativa de suicídio ao longo da vida pela população prisional do SPF, 2015 e 2016	75
Gráfico 13 – Distribuição da abstinência na população prisional do SPF, 2015 e 2016	77
Gráfico 14 – Número de atendimentos médicos (não psiquiátricos), psicológicos e psiquiátricos prestados à população prisional do SPF, 2015 e 2016	78

Gráfico 15 – Número de presos do SPF que fazem uso de medicamentos contínuos e controlados, 2015 e 2016	79
Gráfico 16 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2009	80
Gráfico 17 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2010	81
Gráfico 18 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2014	82
Gráfico 19 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2017	83

Quadro 01 – Lista de publicações normativas referente à saúde prisional no Brasil em ordem crescente de anos	44
Quadro 02 – Lista de publicações instrutivas referente à saúde prisional no Brasil em ordem crescente de anos	45
Quadro 03 – Descrição das dimensões, temas e indicadores sintéticos	58
Quadro 04 – Lista de fórmulas de indicadores sintéticos	59
Quadro 05 – Lista de teses e dissertações sobre “Prisões” disponibilizadas no repositório de saúde pública da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em ordem decrescente de anos	106

LISTA DE TABELAS

1- Número de PPL do SPF por unidade de federação de origem, 2015 e 2016	64
2- Número de tentativas de suicídio nas unidades prisionais do SPF, 2007 a 2017	75
3- Número de óbitos nas unidades prisionais do SPF, por classificação e causa de morte, 2007 a 2017	76
4- Informações estruturais de instituições carcerárias – Brasil – 2015 e 2016	86
5- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Escolaridade – Homens – Brasil – 2015 e 2016,	87
6- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Escolaridade – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	88
7- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Faixa etária – Homens – Brasil – 2015 e 2016	88
8- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Faixa etária – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	89
9- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Estado Civil – Homens – Brasil – 2015 e 2016	90
10- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Estado Civil – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	90
11- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Raça, cor da pele ou etnia – Homens – Brasil – 2015 e 2016	91
12- Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Cor da pele/raça/etnia – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	92
13- Informações de Visitas – Registro Brasil – 2015 e 2016	92
14- Informações de Visitas – Quantitativo – 2015 e 2016	93
15- Informações de Trabalho – Homens – Brasil – 2015 e 2016	94
16- Informações de Trabalho – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	94
17- Informações de Educação e Ensino – Homens – Brasil – 2015 e 2016	95
18- Informações de Educação e Ensino – Mulheres– Brasil – 2015 e 2016	95
19- Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Estrutura física – Brasil – 2015 e 2016	96

20-	Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Estrutura profissional – Brasil – 2015 e 2016	98
21-	Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de atendimentos – Homens – Brasil – 2015 e 2016	99
22-	Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de atendimentos – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	99
23-	Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de óbitos – Homens – Brasil – 2015 e 2016	100
24-	Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de óbitos – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016	100
25-	Tipos de estabelecimento – Sistema penitenciário estadual – 2016	101
26-	Índices sintéticos agregados por tipo de estabelecimento – Sistema penitenciário estadual – 2016	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADX – Administrative Maximum
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CF – Constituição Federal
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
COGEP – Coordenação de Gestão de Pessoas
CTC – Comissão Técnica de Classificação
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DEPEN – Departamento Penitenciário Federal
DP – Direito Penal
DSTs– Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos
EAP – Equipe de Avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à Pessoa com transtorno mental em conflito com a lei
ESF – Estratégia Saúde da Família
E- SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
ESP – Equipe de Saúde no Sistema Prisional
ESPEN – Escola Nacional de Serviços Penais
EUA – Estados Unidos da América
LEP – Lei de Execução Penal
ME – Ministério da Educação
MJ – Ministério da Justiça
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEEASP – Plano Estratégico de Educação no Âmbito do Sistema Prisional
PF – Penitenciária Federal
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de liberdade

PNAMPE – Política Nacional de Atenção as Mulheres em situação de Privação de liberdade e Egressas do sistema prisional

PNDH – Programa Nacional de Direito Humanos

PNPS – Política Nacional de Participação Social

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPL – Pessoas Privadas de Liberdade

PR – Presidência da República

RDD – Regime Disciplinar Diferenciado

RDO – Regime Disciplinar Ordinário

SCNES – Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SNPS – Sistema Nacional de Participação Social

SPF – Sistema Penitenciário Federal

STF – Superior Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT– Transtorno de Estresse Pós-Traumático

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.	1 Revisão de literatura	18
1.1.1.1	Panorama cronológico da restrição de liberdade	18
1.1.1.2 A	
	s contribuições dos estudos sociológicos sobre a restrição de liberdade	20
1.1.1.3	As contribuições dos estudos políticos da restrição de liberdade	22
1.1.2	A perspectiva legal da restrição de liberdade no Brasil	25
1.1.2.1	Panorama cronológico dos códigos penais e prisões no Brasil	25
1.1.2.2	Direito externo: os tratados internacionais ratificados pelo Brasil	26
1.1.2.3	Direito interno: direitos humanos, a Lei de Execução Penal (LEP) e as assistências na execução penal	30
1.1.3	O contexto de restrição máxima de liberdade	36
1.1.3.1	Surgimento das unidades de segurança máxima	36
1.1.3.2	Segurança máxima no Brasil	40
1.1.4 A	
	saúde pública e a saúde mental no contexto prisional	42
2	OBJETIVOS	49
2.1	Objetivo geral	49
2.2	Objetivos específicos	49
3	METODOLOGIA	50
3.1	Contextualização do percurso metodológico	50
3.2	Classificação geral do estudo	51
3.3	População, instrumento e coleta de dados	53
3.4	Aspectos éticos da pesquisa	61

4	RESULTADOS	62
4.1	Caracterização do SPF	62
4.1.1	Informações sociodemográficas dos presos do SPF	62
4.1.1.1	População prisional do SPF	62
4.1.1.2	Unidade Federativa da população prisional do SPF	63
4.1.1.3	Escolaridade da população prisional do SPF	64
4.1.1.4	Faixa etária da população prisional do SPF	65
4.1.1.5	Naturalidade da população prisional do SPF	66
4.1.1.6	Estado Civil da população prisional do SPF	67
4.1.1.7	Raça, cor da pele ou etnia da população prisional do SPF	68
4.1.1.8	Visitas recebidas pela população prisional do SPF	69
4.1.1.9	Tempo total da pena recebido pela população prisional do SPF	71
4.1.2	Informações de saúde, saúde mental, uso de álcool e outras drogas das PPL do SPF	72
4.1.2.1	Uso de drogas na população prisional do SPF	72
4.1.2.2	Tentativa de suicídio na população prisional do SPF	74
4.1.2.3	Óbitos na população prisional do SPF	76
4.1.2.4	Abstinência na população prisional do SPF	76
4.1.2.5	Atendimentos médicos (não psiquiátricos), psicológicos e psiquiátricos prestados à população prisional do SPF	77
4.1.2.6	Uso de medicamento pela população prisional do SPF	78
4.1.2.7	Equipe de especialistas e técnicos em assistência penitenciária do SPF.	79
4.1.2.8	Tipo de vínculo referente aos atendimentos realizados por psicólogo	83
4.1.2.9	Tipo de vínculo do médico psiquiatra que atende as PPL do SPF	84
4.2	Caracterização do sistema penitenciário estadual	85
4.2.1	Informações sociodemográficas das PPL do sistema penitenciário estadual	85
4.2.1.1	População, vagas e taxa de ocupação prisional nos estados	85
4.2.1.2	Escolaridade da população prisional no sistema penitenciário estadual .	87
4.2.1.3	Faixa etária da população prisional no sistema penitenciário estadual ...	88
4.2.1.4	Estado civil da população prisional no sistema penitenciário estadual	89
4.2.1.5	Raça, cor da pele ou etnia da população prisional no sistema penitenciário estadual	90

4.2.1.6	Visitas recebidas pelas PPL no sistema penitenciário estadual	92
4.2.1.7	Trabalho e ensino durante a execução penal no sistema penitenciário estadual	93
4.2.2	Informações de saúde da população do no sistema penitenciário estadual	96
4.2.3	Análise dos indicadores dos estabelecimentos prisionais estaduais	101
5	DISCUSSÃO	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	Referências	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 A perspectiva histórica da restrição de liberdade

1.1.1.1 Panorama cronológico da restrição de liberdade

A construção teórica deste estudo situa o leitor sobre a restrição de liberdade, tendo como norteador inicial o panorama cronológico e a contextualização histórica.

O núcleo temático da pesquisa é genuinamente constituído como um fenômeno complexo, podendo ser didaticamente dividido em duas dimensões: em sua dimensão subjetiva, com o entendimento da prisão como um dispositivo de restrição que se concretiza sobre o outro, mediante uma relação de poder desigual¹; e, em sua dimensão objetiva, com o entendimento normativo regulamentado na esfera legal. Tal pressuposto é condição obrigatória para a existência da restrição de liberdade, independentemente de sua locação temporal e cultural, como veremos a seguir.

A compreensão histórica da prisão foi amplamente estudada pelo Direito Penal (DP) e pela Sociologia, tendo em vista que as penas e as prisões surgem da necessidade do Estado de regular a convivência entre os seres humanos e de ratificar o seu lugar de poder sobre os cidadãos, dando origem ao controle social e às ações punitivas¹⁻³. A compreensão da restrição de liberdade requer um diálogo constante com a cadeira do Direito, mas especificamente do Direito Penal e do Direito Penitenciário.

Entendendo a relevância acadêmica dos estudos da chamada Teoria da Pena^{4,5}, mas vigilante ao cuidado de não redirecionar a dimensão deste estudo para o discurso jurisdicional, o tema será exposto de forma associada aos períodos da história humana numa tentativa de facilitar a compreensão dos fatos e de clarificar os valores culturais e políticos que a prisão reflete ao longo da sua existência^{5,6}. Caldeira² propõem que a dimensão histórica da restrição de liberdade seja dividida em três etapas: Idade Antiga, Idade Média e Idade Contemporânea.

Antes de avançar para as considerações sobre cada etapa, cabe uma ressalva quanto à adoção da palavra “Estado” em períodos anteriores ao que se entende ao funcionamento de estado como aparato político e nível organizacional que entende-se nos dias atuais. O uso do termo refere-se ao que havia em cada período histórico como forma organizativa de poder central que regulava as demandas daqueles que vivam em determinado espaço.

Na Idade Antiga havia pouca organização formal do Estado em relação à existência de um sistema punitivo, mas fazia-se necessário agir mediante às transgressões de ordens ou de regras de convivências sociais. Neste período, o Estado sentia-se autorizado a castigar os corpos dos indivíduos transgressores, pois entendia que estes eram merecedores de vingança, assim as penas que os sujeitos deveriam receber eram escolhidas de forma reacionária à ofensa pública feita por eles. Entre a ocorrência do delito e a definição da pena, o sujeito ficava à disposição do Estado em cárcere. Desta forma, a prisão antecedia à pena, não se constituindo como objetivo final, mas como um dispositivo prévio à sentença. As penas de tortura eram executadas publicamente para assegurar o caráter preventivo perante a sociedade, devido ao temor que era instaurado pelas cenas de barbárie.

A Idade Média foi marcada pela influência direta do Cristianismo em todas as dimensões do Estado, inclusive em sua organização política. O cárcere continuou sendo um dispositivo de controle social, e as punições corporais passaram a ser práticas enraizadas, firmando o tempo dos suplícios públicos.

Ainda sob a perspectiva cristã influente, as autoridades religiosas passaram a restringir a liberdade de ir e vir de seus subalternos. Deixava-os reclusos, com a finalidade de repensarem sobre o que haviam feito a fim de alcançar o arrependimento pelo ato cometido. Neste período tem-se um marco histórico do cárcere, dando origem ao termo penitência, inaugurando o uso do dispositivo da prisão como a pena por algo cometido.

Na Idade Moderna o autor² identifica um período de transição no que se refere à Teoria da Pena, visto que o Estado sob a luz do Direito Penal passa a valer-se da perspectiva cristã de restringir a liberdade como pena para os cidadãos. O dispositivo prisional devidamente investido em sua conformação punitiva passa a ser utilizado como um instrumento de segregação social, o que dá início aos diversos “usos sociais” da prisão, como veremos no período seguinte.

A Idade Contemporânea foi um período fortemente marcado pelo ideal iluminista, por grandes revoluções e pela consolidação do regime econômico capitalista. O advento da razão e do direito à proteção ao homem como norteador das práticas políticas, e a própria modernização do Direito Penal, culminam no início da superação do caráter arbitrário das punições.

Como indicado acima, o Estado passou a prover melhor a sociedade mediante as conquistas dos direitos sociais, e também incutiu na prisão (dispositivo

regulador moral) várias finalidades sociais, uma delas é o controle social das massas, ditas delinquentes.

Vale salientar que existem ramificações de perspectivas teóricas e que a divisão cronológica escolhida até aqui não alcança um discurso completamente consensual entre todos os juristas da área, mas a abordagem escolhida é adotada de forma expressiva no âmbito do direito⁴⁻⁸. Além das ramificações dentro da própria disciplina, entende-se que naturalmente com o passar do tempo as lacunas entre o que é proposto entre as linhas de pensamento e as práticas penais vigentes tornam-se mais notórias o que acaba exigindo um escopo maior de estudos, inclusive de outras disciplinas para compreender melhor as demandas da sociedade e do governo por maior controle social.

O controle punitivo, os efeitos prisionais, as relações humanas dentro do contexto prisional, os princípios penais e os direitos humanos são temas que ganham uma vasta riqueza autoral a fim de compreender cada vez mais os desdobramentos da prisão. A fim de ampliar as teorias do assunto seguiremos com as contribuições sociológicas e políticas sobre a restrição de liberdade.

1.1.1.2 As contribuições dos estudos sociológicos sobre a restrição de liberdade

Os estudos sociológicos trazem à tona o diálogo relativizado entre a dimensão histórica e o funcionamento social da prisão, promovendo a compreensão dos arranjos institucionais como algo mutável, construídos ao longo do tempo, e que só se configuram existencialmente desde que a sociedade os valide, seja para reiterar o sucesso, ou seja para revelar as limitações⁹.

Alguns sociólogos serão descritos sabendo do valor de suas contribuições acadêmicas, a afinidade com a perspectiva do presente estudo e com o referencial teórico escolhido para as seções seguintes.

Émile Durkheim, um dos fundadores da disciplina de Sociologia, tem valor fundamental no pensar das relações sociais, não só pelo seu caráter inaugural da matéria, mas por ter colocado as percepções sobre as organizações sociais no contexto prisional^{1,10}.

Os livros clássicos de Durkheim são *Da divisão do Trabalho Social*¹¹ de 1893 e *As Regras do Método Sociológico*¹² de 1895. Os conceitos de “fato social” e “coesão social” do autor são consubstanciais em sua obra, que ambos são

engendrados pelo conceito de solidariedade permitindo interpretações sociais aplicáveis a vários contextos, inclusive o prisional^{10,13}.

Sob a perspectiva prisional, Durkheim reconhece uma relação da dimensão moral estabelecida por meio de vínculos sociais existentes. Segundo ele, esta dimensão é inerente a todos os fatos sociais, na qual a sociedade espera um comportamento adequado do indivíduo. Sob esta perspectiva, o status de coesão social é alcançado quando o sentimento de coletividade não é rompido. Com base nessa interpretação, entende-se que a pena assume um caráter retributivo, pois a lei penal e a punição recaem sobre aqueles que transgridem as normas coletivas e rompem a coesão social esperada^{10,13}.

Avançando um pouco mais na interpretação da obra de Durkheim sobre punição e coesão social, pode-se entender que a fixação de uma punição gera um distanciamento ainda maior dos vínculos sociais moralmente esperados. O modelo interpretativo de Durkheim tem um valor crítico na inauguração dos estudos sociológicos da temática penal por questionar o que é feito socialmente^{1,10,13}.

O jurista, sociólogo e professor da Universidade de Nova York, David Garland, tem vastas publicações importantes na área da criminologia contemporânea.

Garland estabelece suas percepções sobre a sociologia da punição tendo como principal referência o sistema prisional americano, seu *lôcus* de estudo¹. Não objetivando simplificar sua obra, mas a fim de compreender parte de seus estudos, algumas de suas principais contribuições serão descritas a seguir.

Ao longo de suas publicações o autor faz várias críticas à perspectiva de reabilitação social que tenta legitimar a prisão como pena na atualidade^{1,14}. O próprio autor denuncia a ineficiência do sistema prisional tendo em vista o insucesso na redução de crimes primários, a crescente reincidência criminal somada aos altos custos governamentais para manter o arranjo vigente. Segundo ele, a organização prisional passa a ter objetivos concretos, como a segregação social e a punição, deixando o ideal da reabilitação social na esfera teórica.

Fernando Salla, Maitê Gauto e Marco César Alvarez publicaram uma releitura da contribuição de Garland sobre a sociologia da punição¹⁴. Segundo eles, Garland supera a análise feita por vários autores, como Michel Foucault, Loïc Wacquant e Émile Durkheim, considerando que ele tem uma percepção ampliada, que leva em conta múltiplas influências relacionais (sociais, econômicas, políticas, culturais e tecnológicas), estabelecidas de forma não lineares e singulares no papel da punição

na sociedade moderna. O autor usa o conceito de sobrederterminação¹⁴ para expor sua interpretação sociológica sobre a complexa interação das relações que permeiam o tema, sem considerar um fator mais importante que outro, e sim o valor singular que surge da interação deles juntos sobre o sujeito e sociedade.

As contribuições de Michel Foucault^{1,3,15-17}, pensador francês do século XX, sobre as diferentes tecnologias de poder, mecanismos de controle social e as considerações sobre o sistema punitivo atual encerra a tríade dos grandes sociólogos descritos nesta seção. Foucault faz referência a diversos conceitos como biopoder, biopolítica e sociedade disciplinar, os quais serão basilares para este estudo, assim como o livro *Vigiar e Punir*¹⁸, de 1975.

Tamanha é a importância de sua obra para os estudos sobre o contexto prisional, que seus conteúdos serão adotados como parte do referencial teórico para todo o trabalho que se segue, pois, o autor consegue destrinchar com maestria as relações de poder estabelecidas e vivenciadas no contexto prisional. O livro de Foucault *História da Loucura*¹⁹, de 1972 também será utilizado para dialogar e construir a temática da saúde mental em seções seguintes do trabalho.

O autor leva em consideração o caráter histórico da construção da punição, das instituições prisionais e como vários arranjos de diferentes níveis hierárquicos de poder foram se constituindo ao longo do tempo até chegar na conformação mais atual dos sistemas punitivos.

A contribuição acadêmica de Foucault nessa temática, que alcança a contemporaneidade, guarda um valor crítico atualizado, pois traz claras impressões sobre formas vigentes em nossa sociedade, que sob o uso de tecnologias implícitas e explícitas, legitimam a prisão como a instituição “punitiva por excelência”¹⁸.

1.1.1.3 As contribuições dos estudos políticos da restrição de liberdade

Os autores que seguem também são sociólogos clássicos sobre o tema prisional, porém as partes relatadas a seguir trazem a dimensão política da prisão e pena para o primeiro plano.

Loïc Wacquant fez suas contribuições acerca da prática prisional como um sistema de duas vertentes de políticas públicas diferentes que coexistem de maneira inversamente proporcionais. Essa relação de proporcionalidade de presença ou de ausência do Estado e o efeito de práticas coercitivas, acontece na medida que o

governo se faz presente com ações promotoras de direitos básicos aos cidadãos para uma sobrevivência digna, percebesse um número menor de intervenções e instituições de controle e de punição social de massa. E o efeito oposto se dá e na medida que Estado não promove práticas sociais dignas, amplia-se o número de instâncias punitivas e de controle social³.

Para Wacquant essa lógica de atuação governamental, culmina em um perfil de práticas punitivas com características bem definidas, como cor e local, associando nichos de delinquência à populações específicas, o que implica diretamente na definição da população que se espera como alvo carcerário²⁰. A interpretação feita sugere aos leitores que a prisão passa a ser uma “política social às avessas”, tendo em vista que ela se consolida como tal na ausência de outras políticas sociais provedoras de qualidade de vida digna^{3,20}.

O autor diz do uso da prisão como um dispositivo de administração da pobreza^{20,21}, ao enclausurar de forma ostensiva a massa populacional desqualificada e desempregada, o que favorece a apresentação subestimada da taxa de desemprego.

Outro uso da prisão referenciado por Wacquant²¹ diz da necessidade de ampliar estruturalmente a capacidade dos dispositivos de privação de liberdade a fim de absorver o quantitativo de prisões que crescem exponencialmente. O investimento financeiro nesse setor, concomitante aos avanços legais que asseguram assistência jurídica, de saúde e educação dentro das unidades prisionais amplia ainda mais o montante financeiro que passa a ter que existir para manter todo sistema funcionando. Cria-se um nicho, o mercado penitenciário, o que o autor denomina de “complexo comercial carcerário assistencial”²⁰.

Vargas²² faz uma análise crítica da obra do autor, a qual foi elaborada por vários ensaios que dialogam com as perspectivas de Wacquant²¹, que reafirma o posicionamento deste, ao colocar em xeque os processos de desigualdade social como a base no jogo político de atingir as “populações problemáticas”²² e alcançar um complexo estado de normalização de uma camada social com características definidas.

Michel Foucault será retomado para dialogar em diferentes partes do trabalho tendo em vista a grande produção literária na área, como dito na seção anterior, e aqui sua contribuição também será considerada. A perspectiva política do autor é

baseada na constatação do fracasso do objetivo correccional da prisão^{15,16}. Ele atesta que

“a prisão é um dispositivo construído sob a luz de um ideal sabidamente utópico e que guarda em si, a necessidade de produzir mais do mesmo que já vinha sido produzido historicamente, o que ele denomina de fábrica de delinquentes, motivo político pelo qual o Estado reitera o modo de funcionamento fracassado das prisões e seu objetivo de demarcar socialmente a delinquência”^{1,3}.

Donald Clemmer publicou um estudo antropológico denominado *The Prison Community* em 1940 que traz uma visão micropolítica que emerge das relações do contexto prisional³. O autor trabalha com o conceito de prisionização^{16, 23}, que pode ser resumido como um efeito inerente à vivência cultural que o meio prisional impõe aos participantes, entendendo os presos e os trabalhadores das unidades prisionais como componentes da população prisional.

Gresham Sykes^{3,24-6} fez uma leitura da prisão considerando-a como um sistema social que remete à um funcionamento propriamente político. Sua interpretação foi publicada na obra *Sociedade dos Cativos*³ de 1958, na qual ele problematiza a instituição prisional identificando nela uma falha estrutural. Essa falha nasce da obstinação pelo controle do sistema como um todo. Ele inclusive faz referência às unidades prisionais de segurança máxima, e mesmo nestas configurações mais rígidas não existe um poder total, existindo brechas para acordos e concessões³. O uso do sentido de „poder total” faz alusão aos conceitos trabalhados pelo autor que será abordado em seguida.

Erving Goffman^{3,16,24} finaliza a sequência de autores que abordam perspectivas políticas das instituições prisionais que foram selecionados para a introdução teórica deste trabalho. Seu livro “Manicômios, prisões e conventos”²⁷ é um clássico, e faz parte do referencial teórico escolhido contemplando tanto as questões sobre o aprisionamento quanto à dimensão da saúde mental. O conceito articulador entre Sykes e Goffman é de „instituições totais” que este refere como sendo:

[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada [...] ²⁷

Goffman traz à tona em seu estudo a consideração dos processos de depreciação da saúde mental e dos mecanismos segregadores que atuam nos indivíduos institucionalizados.

As dinâmicas de funcionamento das instituições estatais, as quais são submetidos as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), precisam ser problematizadas considerando tanto os saberes construídos pelos autores clássicos quanto os achados atuais de pesquisas científicas a fim de promover avanços na área do cuidado psicossocial do sistema prisional.

1.1.2 A perspectiva legal da restrição de liberdade no Brasil

1.1.2.1 Panorama cronológico dos códigos penais e prisões no Brasil

Dando seguimento ao que se propõem o estudo, esta seção discute a perspectiva jurídica das prisões no Brasil para compreender como as percepções culturais e morais da sociedade e dos juristas tornaram-se pressupostos legítimos com validade legal para todo o Estado brasileiro, avançando na compreensão subsequente dos efeitos em cadeia do processo histórico que alcança as práticas atuais.

Dois artigos jurídicos: A história e a evolução do Direito Penal Brasileiro²⁸, de Eurípedes Clementino Ribeiro Junior e Evolução histórica do Direito Penal²⁹ de Maécio Falcão Duarte embasaram as classificações dos códigos penais brasileiros que serão descritas a seguir. A contribuição das movimentações de peças jurídicas que antecipavam as formulações oficiais, das comissões de juristas e das leis menores que operavam sobre o tema trazem uma riqueza de detalhes para o estudo, e estão pormenorizadas em outros estudos sobre a história do Direito Penal brasileiro³⁰⁻².

Para compreender a ordem cronológica e o alcance do valor histórico até a atualidade retomaremos as principais contribuições de alguns recortes temporais no Brasil. No período colonial, tivemos três Ordenações (Afonsinas, Manuelinas e Filipinas) que foram instâncias definidoras da conduta punitiva e decidiam sobre as infrações penais e as punições. Na atuação das ordenações estava impresso o viés religioso, valendo-se de condutas arbitrárias, excessivas e de penas de tortura para punir. Na época, a prisão não era a pena em si, mas o procedimento que antecedia a execução da pena escolhida, assim como na Idade Média no contexto europeu.

No período Imperial surge o material normativo regulamentador de práticas punitivas, o código criminal do império de 1830. Ele foi criado na vigência da escravidão e da perspectiva servente, o que refletia diretamente nas penas, ainda mais quando ele recaía sobre a população escrava, que ainda podiam receber pena de morte e penas de tortura, inaugurando no Brasil a prisão como pena. É no período republicano que os códigos penais passam a ser o dispositivo normativo para o estabelecimento de penas. Em 1890, o primeiro código penal surge sendo amplamente criticado e exigindo a criação de leis suplementares que ampliem a regulamentação de algumas práticas descritas pelo código. O código trouxe avanços, como por exemplo a abolição das penas de morte e de tortura, mas ainda atribuía à prisão o viés correccional da pena.

O código penal de 1940 foi escrito sob a influência do direito democrático e liberal, adotando uma perspectiva mais humanista da pena. Na mesma época, outros dispositivos regulamentadores foram criados para ampliar o repertório jurídico, o que situava cada vez mais o poder do Estado de agir sobre os cidadãos na esfera penal: Leis das contravenções penais (1941) e o Código Penal Militar (1944).

O código penal de 1969 nasce no período de democracia, tendo adiamentos para publicação e vigência. Neste, assim como nos demais códigos houve críticas, por exemplo quanto a necessidade de exame criminológico para a imputabilidade de menores de 16 anos e surge o conceito de “pena indeterminada”.

Os autores utilizados como referência^{28,29}, falam pouco deste último código, sugerindo a necessidade de leis penais que complementariam a questão penal no Brasil na atualidade, o que pode se justificar pela pulverização de dispositivos legais que estão além do código, como por exemplo a Lei de Execução Penal (LEP).

As referências adotadas indicam que ao longo de todo processo histórico de elaboração dos códigos os respectivos autores levavam o conteúdo elaborado para discussão em fóruns coletivos de grandes juristas organizados em comissão a fim de criar um escopo de reconhecimento para o sistema jurídico.

A compreensão temporal e política dos dispositivos regulamentadores do controle social carregam em si o histórico da violência e da violação de direitos, assim como o uso político da prisão como dispositivo de segregação social¹.

1.1.2.2 Direito externo: os tratados internacionais ratificados pelo Brasil

O panorama acima nos revela que as referências legais do Direito Penitenciário brasileiro sofreram várias influências ao longo do tempo, buscando de forma progressiva configurações mais robustas de leis e artigos jurídicos, os quais foram construídos na perspectiva objetiva de um Estado democrático de direito. O equívoco histórico do poder punitivo também aconteceu em outros países como vimos na seção dos estudos sociológicos. Esses erros continentais marcados pelo abuso de poder exigiam que novas práticas fossem adotadas, tendo como base ordenamentos mínimos que equiparassem as práticas prisionais no mundo. É sabido que, melhorar o ordenamento jurídico não apagaria as marcas das violações e arbitrariedades dos Estados, mas inauguraria um marco mundial pela busca da justiça penal³³.

A Organização das Nações Unidas (ONU) é a instância mais importante de associação internacional dos Estados, regulando de forma cooperativa as mais complexas necessidades mundiais. Nesse sentido, a ONU elaborou vários tratados internacionais, com vistas a suprir a flagrante falta de uma regulamentação coesa para a preservação dos direitos fundamentais e da dignidade humana dos indivíduos privados de liberdade. Importante salientar que não são todos os países que são obrigados a aceitar os tratados elaborados pela ONU, mas somente os países que os ratificam. Passam, portanto, a serem signatários, cabendo-lhes a responsabilidade jurídica de transpor para o ordenamento interno do país o que foi decidido na esfera internacional³³.

Em relação ao que poderia ser publicado sobre os indivíduos privados de liberdade, a temática dos direitos humanos se constitui como principal interface entre o direito internacional (ou seja, de aplicabilidade mundial) e o direito interno dos países signatários.

Para tanto, a ONU elaborou quatro tratados internacionais de direitos humanos e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) os publicou oficialmente, uma vez que o Brasil é signatário de todos eles. Mostra-se imperiosa a descrição destes tratados, ainda que de forma sintetizada, já que compõem o arcabouço legal da restrição de liberdade no Brasil, inclusive com *status* supralegal, segundo entendimento do Superior Tribunal Federal (STF). Vejamos:

As Regras de Bangkok³⁴ implicam a perspectiva de gênero na discussão dos direitos humanos, pois este documento volta o olhar para as mulheres privadas de liberdade e para as mulheres em cumprimento de medidas não privativas de

liberdade. Documento é de extrema importância social no mundo, já que o contexto prisional foi historicamente construído para ser conduzido por homens, e para homens.

As Regras de Mandela³⁵ foram criadas em 1955 e ficaram conhecidas como as regras mínimas para o tratamento de PPL, as quais preconizam práticas humanizadas na esfera prisional, além de impedir que os Estados cometam arbitrariedades. Em 2015, foram revisadas e atualmente o documento é dividido em duas partes, a primeira parte de regras de aplicação geral e a segunda para categorias especiais de PPL. Importante ressaltar que *As Regras de Mandela* influenciaram diretamente a redação de outros documentos que foram elaborados em seguida em grande parte do mundo.

São princípios e direitos do tratamento mínimo: a separação de presos por categoria (sexo, idade, antecedentes criminais e tipo de crime cometido), o cuidado com acomodação, higiene, vestuário, roupas de cama, alimentação, exercício e esporte, serviços de saúde, regulamentação oficial de sanções e disciplinas, uso de instrumentos de restrição, revistas íntimas, inspeção nas celas, informações e direito à queixa dos presos, acesso à livros e ao ensino, livre expressão da religião, remoção dos presos e comunicação externa. A principal marca de todo o conteúdo descrito ao longo das 122 regras é assegurar que o preso, ao perder a liberdade, não perca o direito de ser tratado de forma que preserve sua dignidade humana.

As Regras de Pequim³⁶ foram elaboradas para afirmar a proteção especial que deve ser destinada à fase da infância e da adolescência, prevendo um cuidado quanto à investigação, aos procedimentos e ao julgamento. Priorizando sanções e medidas alternativas à privação de liberdade dos menores que precisem cumprir algum tipo de medida e não estão em plena capacidade legal de seus direitos e deveres.

As Regras de Tóquio³⁷ orientam a necessidade urgente de elaboração de outros institutos jurídicos alternativos à prisão, com a proposição de medidas mais humanas, reduzindo o viés repressivo inerente execução penal nas prisões.

Além das regras brevemente descritas acima, outros oito documentos da esfera internacional irão compor essa seção a fim de sedimentar o conhecimento sobre o estado jurídico dos direitos das pessoas privadas de liberdade (PPL) em nível mundial. A seção seguinte traz à tona o estado jurídico interno do Brasil:

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos³⁸ foi elaborado em 1966 e ratificado pelo Brasil em 1992, reafirma o direito à autodeterminação dos povos e aos direitos fundamentais. Quanto à esfera penal, o pacto considera como necessário a tipificação em lei dos crimes e das respectivas penas, a proporcionalidade entre o crime cometido e a pena prescrita, a necessidade de informar o motivo da prisão ao preso, a prestação de um tratamento digno e, ainda, deixa explícito o objetivo prisional como a reabilitação moral das PPL³⁹.

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁴⁰ faz um grande resumo dos direitos fundamentais, afirmando a autonomia dos povos, o direito igualitário entre homens e mulheres, mas não faz referências explícitas ao âmbito prisional.

A Convenção Contra Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes⁴¹ dialoga diretamente com a esfera penal, definindo que os atos de tortura passam a ser considerados crimes, cobrando dos Estados signatários que ofereçam formação de qualidade aos servidores que estão em contato com a execução penal, e agilidade nos casos de investigação de crimes de tortura. O Comitê de Combate à Tortura foi estabelecido como instância responsável por gerenciar, fiscalizar, emitir relatórios de forma colegiada assegurando a regulação dos países como estratégia fundamental.

A Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH)⁴² é o documento mais genérico que diz respeito às normas internacionais de Direitos Humanos. Com apenas 30 artigos, a DUDH reitera os direitos à justiça, paz, liberdade, igualdade, à proibição de regime de escravidão, penas de tortura e de arbitrariedade prisionais.

Os Princípios para Proteção de Todas as Pessoas Submetidas a qualquer Forma de Detenção ou Prisão⁴³ foram publicados em 1988, com várias regulamentações específicas como: a atuação dos servidores das unidades prisionais estritamente dentro da lei, a divulgação da motivação da privação de liberdade ao preso, o registro oficial de todas as ações que envolveram a prisão, a obrigação de manter a família do preso informada quanto à localização, o direito assistência jurídica e médica, necessidade de inspeção nas unidades prisionais e de regulamentação de sanções disciplinares.

Os Princípios Básicos para Tratamento dos Reclusos⁴⁴ retomam vários itens já explanados nos documentos acima e reafirma o objetivo de humanização da justiça penal. Um diferencial dessa publicação diz respeito ao quanto o direito ao

trabalho durante a execução penal, vislumbrando a possibilidade habilitação e adequação no mercado de trabalho quando o indivíduo sair da unidade prisional. Outro ponto interessante é a orientação clara de impedir que o isolamento seja utilizado como conduta disciplinar.

Os Princípios da Ética Médica Aplicáveis à Função de Pessoal de Saúde, Especialmente aos Médicos, na Proteção de Prisioneiros ou Detidos contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁴⁵ foi elaborado com base em um diálogo interdisciplinar com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse documento diz da necessidade de dispensar uma assistência equânime em saúde para com os pacientes presos, e do cuidado ético que a equipe deve ter considerando o acesso às informações privilegiadas e a possibilidade da vinculação do trabalho clínico com o trabalho pericial.

Os Princípios de Boas Práticas para a Proteção das Pessoas em Liberdade nas Américas⁴⁶ é um tratado internacional de menor alcance geográfico, mas ao longo dos 28 princípios os preceitos de cuidado e dignidade humana são reiterados, colocando a finalidade da prisão como a regeneração e a readaptação social do condenado.

Por fim, As regras internacionais para o enfrentamento da tortura e maus-tratos⁴⁷ compõem a série das publicações do CNJ referente aos tratados internacionais de Direitos Humanos, deixando explícito o combate veemente contra a tortura nos 3 decretos anexados ao documento: o Decreto nº 98.386 de 9 de dezembro de 1989⁴⁷ que ratifica a Convenção interamericana para prevenir e punir a tortura, o Decreto nº 40 de 15 de fevereiro de 1991⁴⁷ que ratifica a convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes das nações unidas e o Decreto nº 6.085 de 02 de abril de 2007⁴⁷³ que ratifica o Protocolo facultativo à convenção contra tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

1.1.2.3 Direito interno: direitos humanos, a Lei de Execução Penal e as assistências na execução penal.

1.1.2.3.1 *Direitos humanos*

O ordenamento jurídico brasileiro referente à execução penal está descrito em diferentes dispositivos legais como na Constituição Federal (CF), na LEP, em portarias e resoluções (inter)ministeriais. A influência do direito internacional foi a

grande inspiração inicial para a elaboração do conteúdo legal nacional sobre direitos humanos, principalmente, no que diz respeito aos direitos e as assistências que os presos usufruem durante a execução penal⁴⁸.

Na CF de 1988⁴⁹, mais especificamente no Capítulo I “Dos Direitos e Deveres individuais e coletivos” há pelo menos 10 incisos que trazem o respaldo legal da igualdade dos indivíduos perante a lei e os direitos básicos em relação à execução penal como: a não submissão à pena de tortura, a necessidade de lei prévia que tipifique uma conduta como crime, o não retrocesso legal, salvo para beneficiar o réu, a não extensão da pena a outrem que não seja o condenado, a individualização da pena, o estabelecimento de cumprimento da pena coerente com as categorias (idade, sexo, tipo de delito), o respeito à integridade física e moral e a comunicação da prisão por parte do Estado ao juiz de execução e à pessoa conhecida do preso que ele indicar.

O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH)⁵⁰, aprovado pelo Decreto nº 7.037 de 21 de dezembro de 2009⁵¹, foi planejado desde a 1ª Conferência Nacional de Direitos Humanos em 1996, para organizar a interlocução entre o que era discutido internacionalmente e os programas de direitos humanos brasileiros. O documento é marcado pela objetividade e pela corresponsabilização política com a sistematização de metas a serem alcançadas e a designação dos órgãos responsáveis e parceiros executores do que foi definido. Atualmente, o PNDH está na terceira versão, a qual foi utilizada como referencial para a explanação que segue.

O documento que deu publicidade ao PNDH⁵⁰ tem 6 eixos orientadores, quais sejam: Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; Desenvolvimento e Direitos Humanos; Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; Educação e Cultura em Direitos Humanos e Direito à Memória e à Verdade.

“Segurança pública, acesso à Justiça e Combate à Violência” é o eixo orientador do PNDH⁵⁰, que tem mais afinidade temática com a pesquisa e com o referencial adotado, tendo em vista que ele propõe um diálogo com diferentes instâncias de trabalho da área da segurança pública brasileira.

O eixo em destaque é composto por 7 diretrizes: Democratização e modernização do sistema de segurança pública; Transparência e participação popular no sistema de segurança pública e justiça criminal; Prevenção da violência e

da criminalidade e profissionalização da investigação de atos criminosos; Combate à violência institucional, com ênfase na erradicação da tortura e na redução da letalidade policial e carcerária; Garantia dos direitos das vítimas de crimes e de proteção das pessoas ameaçadas; Modernização da política de execução penal, priorizando a aplicação de penas e medidas alternativas à privação de liberdade e melhoria do sistema penitenciário e Promoção de um sistema de justiça mais acessível, ágil e efetivo para o conhecimento, garantia e defesa dos direitos.

O esclarecimento sobre cada diretriz e os respectivos objetivos estratégicos alongaria demasiadamente a seção e iria dispersar o tema de interesse, mas expor o que vem sendo produzido é importante, pois os próprios títulos das diretrizes acrescentam muito significado e conseguem anunciar aos leitores nessa área.

A Política Nacional de Participação Social (PNPS) foi instituída pelo Decreto nº 8.243 de 23 de maio de 2014⁵², para afirmar a participação da sociedade civil no controle social junto à administração pública, condição inerente ao regime democrático brasileiro.

O documento cria o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) e o Comitê Governamental de Participação Social⁵², que, além de estabelecer diretrizes e objetivos, visa a garantir que os mecanismos de controle social sejam efetivos e transparentes, contemplando a diversidade de quantos representantes forem necessários. Esta política tem uma perspectiva moderna ao reconhecer diferentes formas de expressão, como o meio virtual e outras tecnologias para validar a participação da sociedade civil.

O diálogo com os direitos humanos ao longo de grande parte da introdução imprime no trabalho o referencial de cuidado integral em saúde, que reconhece a relação intrínseca entre os direitos sociais e os direitos humanos para alcançar a interface da saúde (física, mental, espiritual, etc.) do indivíduo.

A compreensão contemporânea dos processos de “saúde – doença” exige um estudo interdisciplinar com outros saberes, essa premissa é ainda mais verdadeira quando se trata do contexto prisional. A troca crítica entre disciplinas diferentes cria uma ótica ampliada que progride na luta por direitos, tornando inadmissível retroceder naquilo que já foi alcançado.

Outro ponto comum entre a saúde e os direitos fundamentais das PPL é a atuação dos servidores (do judiciário, da segurança pública, da educação e da saúde) que deve ser realizada estritamente dentro do limite do que foi estabelecido

em lei prévia. Assim, faz-se necessário uma breve explanação do conteúdo da LEP, pois ela traz o suporte legal do que é preconizado como direitos, deveres e disposições gerais. É o conhecimento desses normativos que orientam a prática da execução penal dentro dos avanços legais conquistados historicamente, e minimizam erros sociais irreparáveis aos sujeitos envolvidos, como será exposto na seção seguinte.

1.1.2.3.2 *Lei de Execução Penal*

Antes de avançar para a LEP, é importante conhecer um pouco do panorama legal que antecede a execução penal para saber quais são os tipos de medidas que um juiz de execução pode atribuir como parte integrante da sentença àquele que comete um crime. Segundo a CF/88⁴⁹, são penas possíveis: privação ou restrição de liberdade, perda de bens, multa, prestação social alternativa e a suspensão ou interdição de direito. O núcleo da presente pesquisa é formado pelas penas privativas de liberdade.

A Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984⁵³, a LEP, é o instituto jurídico que pormenoriza as etapas do cumprimento da pena, categoriza os tipos de regimes prisionais vigentes, tipifica as atribuições e competências dos órgãos responsáveis por cada parte execução penal e regulamenta as disposições gerais sobre os direitos e deveres das partes envolvidas.

São órgãos envolvidos na execução penal: o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), o juiz da execução, o Ministério Público (MP), o Conselho Penitenciário, os Departamentos Penitenciários, o Patronato, o Conselho da Comunidade e a Defensoria Pública.

São tipos de unidades que recebem indivíduos para cumprimento de pena de privação ou restrição de liberdade: penitenciária; colônia agrícola, industrial ou similar; casa de albergado; centro de observação; hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e as cadeias públicas⁵³.

Os regimes de restrição de liberdade estão classificados no Código Penal brasileiro, descrito no decreto-lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940⁵⁴, variam de acordo com o tempo da pena, com o comportamento durante a execução, reincidência do autor e quanto à possibilidade de sair do estabelecimento penal. Existem 3 tipos de regimes:

- a) Regime fechado: execução em estabelecimento penal de máxima ou média segurança, para aqueles com pena de reclusão maior que oito anos;
- b) Regime semi-aberto: execução em estabelecimento penal como colônia agrícola, industrial ou similar para aqueles com pena de detenção maior que quatro anos e menor que 8 anos, sem que seja reincidente; nessa modalidade o indivíduo pode trabalhar durante o dia no estabelecimento penal e recolher-se à cela no período da noite;
- c) Regime aberto: execução em estabelecimento como casa de albergado (ou em estabelecimento adequado, vide termo utilizado na lei) para aqueles com penas menores que 4 anos sem que haja reincidência; nessa modalidade o indivíduo pode trabalhar durante o dia fora do estabelecimento penal e se recolher no local de execução no período da noite;

O sistema prisional brasileiro executa a pena privativa de liberdade sob a perspectiva progressiva, ou seja, desde que o indivíduo não cometa falta grave ou não receba nova condenação por crime anterior, ele começa a cumprir a sentença pelo regime mais rigoroso e avança para um regime menos rigoroso, e assim sucessivamente, até chegar à liberdade. O uso do sentido progressivo que se aplica aos regimes prisionais, deve-se à compreensão de que à medida que o condenado tem um bom comportamento e uma boa adaptação ao regime mais rigoroso, ele demonstra estar apto para ser enquadrado em um regime menos rigoroso, como uma preparação gradual para o retorno ao convívio em sociedade.

As penas privativas de liberdade são executadas quando a autoridade judiciária formaliza a guia de recolhimento do indivíduo (instrumento que liga o meio jurídico ao meio executivo da atividade de segurança pública), na qual deve constar informações básicas para embasar a ação de privação de liberdade pelos servidores da esfera executiva, como: identificação do sujeito, a tipificação do ato ilícito, o tempo e o lugar de cumprimento de pena, os nomes dos servidores responsáveis pela ação, dentre outros dados.

A partir do momento em que o indivíduo for recolhido a uma unidade para cumprimento de pena começará a contar o tempo de execução penal, e ele passará a ter os direitos e deveres inerentes aos apenados.

No Brasil, os direitos que já estão formalizados em leis foram reiterados como assistências do tratamento penitenciário, expostos na seção seguinte.

1.1.2.3.3 *Assistências na execução penal*

A partir do 10º artigo da LEP⁵³ estão listadas as assistências aos presos, as quais são entendidas como os deveres do Estado para “prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”, ou seja, é forma do estado de prover condições dignas para o preso enquanto ele está na unidade, tornando-o apto para voltar ao convívio social fora da prisão.

As assistências são destinadas tanto ao preso quanto ao egresso do sistema prisional, e este ainda é prevista a assistência para alimentação e alojamento por 2 meses após a saída do regime, podendo renovar o prazo mais uma vez por igual período, caso ainda não tenha conseguido emprego.

As definições referentes aos conceitos das assistências seguem a letra da lei para manter o sentido real do que é preconizado pela LEP.

A assistência material foi descrita com base nas Regras Mínimas de Tratamento do Preso³⁵ (já mencionado na seção Direito externo), a fim de assegurar condições saudáveis de alimentação, roupas e instalações higiênicas.

A assistência à saúde é prestada de forma preventiva e curativa, com atendimento médico, farmacêutico e odontológico, preferencialmente, dentro da unidade prisional. Há previsão legal para atendimento externo às unidades prisionais, desde que sejam cuidados que não possam ser lá oferecidos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) instituída pela portaria interministerial nº 01 de 02 de janeiro de 2014 do Ministério da Justiça (MJ) e do Ministério da Saúde (MS)⁵⁵, foi elaborada para maiores orientações sobre os cuidados na assistência à saúde prisional. A política é orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁶ e pelas Regras Mínimas de Tratamento Penitenciário³⁵. Ela tem como objetivo geral garantir o acesso das PPL ao cuidado integral no SUS⁵⁶.

Sobre esta, cabem duas considerações importantes: a extensão das normativas às pessoas que estão no convívio das PPL, como os servidores e seus familiares, e a constituição das equipes de saúde do sistema prisional que praticamente equiparou os setores de saúde internos das unidades prisionais a uma unidade básica de saúde, para efeitos de pactuação estadual e porta de entrada dos atendimentos. O tema da saúde será abordado em seção específica, afinal esse é tema central do estudo.

A assistência jurídica é destinada aos presos que comprovadamente não possuem recursos financeiros para custear advogado próprio, cabendo à defensoria pública esse patrocínio, que é extensivo aos familiares e egressos.

A assistência educacional é garantida às PPL, sendo o ensino fundamental obrigatório, e os demais níveis de ensino optativos. O ensino poderá ser executado em parceria com o sistema de ensino estadual, ou por convênio com instituição particular, incluindo a modalidade de ensino à distância. Assim como na assistência à saúde, foi elaborado um plano interministerial, o Plano Estratégico de Educação no Âmbito do Sistema Prisional (PEEASP), instituído pelo Decreto nº 7.626 de 2011⁵⁷ entre o MJ e o Ministério da Educação (ME). A formação profissional e técnica também está prevista na assistência educacional.

A assistência social tem um escopo amplo, pois é responsável por acompanhar todo o desenvolvimento da pena, amparando o preso e sua família ao longo do cumprimento da pena até a preparação para a liberdade, cabendo-lhe a integração das políticas públicas existentes.

Por fim, tem-se a assistência religiosa, que consiste na liberdade de culto, que assegura ao preso o direito de participar das celebrações na unidade e de ter consigo livros de instrução de acordo com a sua fé.

1.1.3 O contexto de restrição máxima de liberdade

1.1.2.4 Surgimento das unidades de segurança máxima

As prisões de segurança máxima surgem nos EUA (Estados Unidos da América) pela necessidade de isolar presos mais perigosos e aqueles com histórico de fugas recorrentes⁵⁸.

As primeiras unidades tentaram formas diferentes de implicar mais rigorosidade ao sistema prisional então vigente; verifica-se uma relação direta com o interesse político de adotar medidas correcionais cada vez mais duras nas prisões, e várias práticas foram executadas até se chegar ao formato atual do que se reconhece internacionalmente como *Supermax* ou *ADX (Administrative Maximum)*⁵⁹. O termo *Supermax* é uma condensação da expressão americana *Super Maximum Security*, que remete a ideia de segurança máxima (expressão utilizada no Brasil). O termo *ADX* é uma sigla da expressão *Administrative Maximum*, que faz referência a um nível máximo de administração prisional. Nessas unidades são encontradas diversas características comuns: os presos são conduzidos a essas unidades por

tempo indeterminado, ficam em celas individuais estruturadas e compostas por itens de cimento, podem sair da cela por 1 hora por dia, é permitido o acesso a livros e podem escrever cartas para comunicação exterior. Nenhuma unidade destoava do formato citado, o que sugere uma extrema rigidez do ambiente destinado ao cumprimento de pena em uma unidade do tipo *Supermax*⁵⁸⁻⁹.

Retomar como ocorreram as primeiras execuções desta prática prisional rigorosa traz uma clareza sobre o que era proposto nos EUA como política pública prisional no final do século XX, tornando possível identificar uma diversidade nas formas de execução penal que cada estado adotava, tendo em vista a autonomia que é conferida a cada um deles devido a própria organização legislativa do país^{3,24}.

A primeira tentativa oficialmente relatada de instaurar medidas mais rigorosas para a execução penal foi no estado da Pensilvânia, em 1829, que propôs uma nova organização arquitetônica da prisão, a qual impedia o contato físico entre os presos⁵⁹. Outra tentativa, foi a dispersão de presos mais perigosos e mais influentes em diferentes pontos do regime prisional, para tentar diminuir o poder de influência deles⁵⁹. Além dessas duas ações relatadas, as próprias unidades passaram a lotar servidores da área de segurança conhecidos por uma maior rigidez para estarem à frente da organização prisional destes presos⁵⁹.

A prisão na Ilha de Alcatraz, localizada em São Francisco, no estado da Califórnia começou a operar em 1933, figurando como um verdadeiro marco histórico na tentativa de conter presos com o perfil de alta periculosidade⁵⁹. A característica geográfica desta prisão ilustra bem o objetivo de isolar presos, sem levar em consideração nenhuma perspectiva reabilitadora ou alguma visão que levasse em consideração a possibilidade de convívio social externo à prisão, já que o convívio restringia-se ao contato com agentes extremamente rígidos e sem nenhum servidor atuante no local com a perspectiva de “assistência prisional”, como psicólogos, educadores ou assistentes sociais⁵⁹.

Desde o início de sua vigência, esse modelo de regime rigoroso foi criticado por violar a dignidade humana, além de causar um sofrimento mais gravoso do que aquele que é inerente à própria restrição de liberdade e à ausência de convívio social. Tamanha foi a crítica que a unidade de Alcatraz foi fechada em 1963.

A penitenciária federal de Marion foi inaugurada em junho de 1963, no estado de Illinois, em meio à preocupação social com o aumento da atuação violenta de

organizações criminosas e do número de presos que foram assassinados dentro das prisões⁵⁹.

As menores unidades prisionais do estado estavam sendo desestabilizadas no âmbito de segurança, por essa crescente violência interna. Então passaram a mandar presos para a penitenciária federal de Marion, pois sabiam do nível de segurança mais rigoroso e da organização em celas individuais na unidade e que, diferente de Alcatraz, em Marion existia uma equipe de profissionais que atuavam na perspectiva de reabilitação do preso.

À medida que algumas alternativas, por exemplo, a implantação da penitenciária federal de Marion deram certo, e a segurança pública e penitenciária eram restabelecidas, outros estados passaram a adotar esse modelo mais rigoroso. Atualmente, a penitenciária federal de Marion não é mais classificada como uma unidade de segurança máxima, mas tem um valor histórico na construção dessas práticas nos EUA.

Outra prática adotada no sistema prisional estadunidense, que foi replicada em outros lugares do mundo, é a conformação híbrida das unidades prisionais, por exemplo: uma instituição prisional comum (de nível de segurança médio) destina uma ala para celas individuais para presos, que têm de seguir um padrão mais rigoroso de segurança, fiquem alocados.

Daniel P. Mears, pesquisador de justiça criminal, fez um amplo estudo para identificar as principais características das prisões de segurança máxima internacionais, que são: o alto custo para construção e manutenção das unidades, a transferência do preso para o cumprimento de pena por tempo indeterminado (o que mostra uma diferença entre o que é preconizado em lei e o que é prática penal), administração rígida, isolamento como algo punitivo, comunicação restrita e supervisionada, atividades ultralimitadas e uma estrutura física resistente a invasões e fugas⁵⁸.

Compreendendo essas características, o pesquisador fez um estudo, junto aos agentes das unidades prisionais das *Supermax*, para identificar a finalidade, os benefícios, as desvantagens e as consequências não intencionais na realidade do EUA, e ainda o que a vivência nesse tipo de regime implica aos presos.

Dentre os benefícios, destacam-se: a melhora na segurança, no controle e no comportamento dos internos e menor número de ações criminosas, como rebeliões e fugas. Já as desvantagens, seriam: a necessidade do uso da força, a rotatividade

da equipe e o prejuízo para a saúde mental dos presos. Quanto às consequências não intencionais que o sistema implica destacam-se: os efeitos externos de mais segurança para a sociedade, aumento dos casos de abuso de autoridade por parte dos servidores e o tratamento inapropriado para aqueles que precisam de outros tipos de assistências, inclusive aqueles internos em sofrimento psíquico.

Grassian⁶⁰ e Mears⁶¹ realizaram estudos específicos sobre os efeitos do confinamento extremamente restritivo das prisões de segurança máxima nos EUA e chegaram a conclusões claras quanto ao nível de sofrimento mental inerente a vivência nesse tipo de ambiente. Estes autores levantam questões importantes quanto ao uso excessivo da força pelos agentes de segurança (o que gera vivência estressora de violência física e psicológica), o confinamento de presos com transtornos mentais nessas unidades sem manejo clínico, e até mesmo o desencadeamento de sintomas típicos de quadros psiquiátricos como alteração na percepção, memória, concentração, alucinação e distúrbios afetivos.

Essa breve introdução sobre o surgimento das unidades prisionais mais rígidas têm uma significativa centralidade nos EUA pois, ainda na atualidade, é o país com maior número de unidades de segurança máxima do mundo e, conseqüentemente, tem o maior índice de publicações e estudos acadêmicos na área. É notório que esse perfil de unidade prisional foi adotado por vários países como África do Sul, Alemanha, Arábia Saudita, Austrália, Brasil, Canadá, Colômbia, Coreia do Sul, Dinamarca, Egito, Escócia, Filipinas, Holanda, Irlanda, Irlanda do Norte, Inglaterra, Jordânia, Malásia, México, Rússia, Suécia e Tailândia, mas não ganham tanta expressão acadêmica no cenário internacional quanto os estudos norte-americanos. Segurança máxima no Brasil

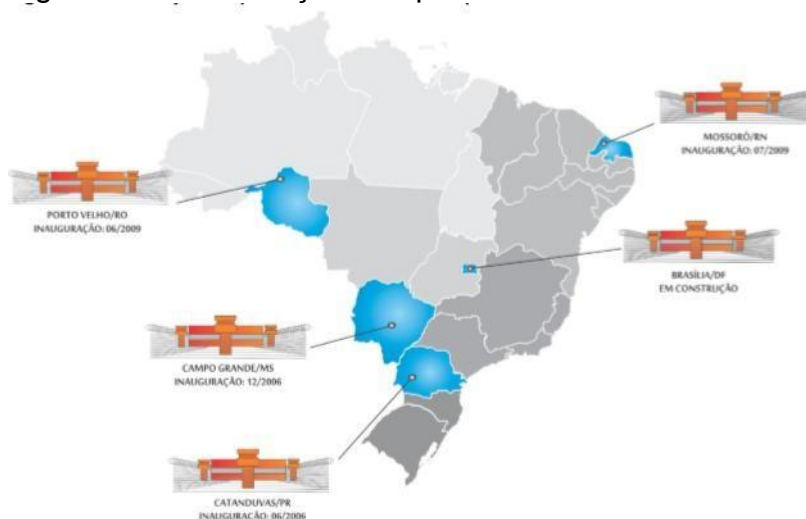
No Brasil, a modalidade prisional conhecida popularmente como “segurança máxima” foi instituída dentro de um sistema chamado Sistema Penitenciário Federal (SPF), que é gerido pelo Departamento Penitenciário Federal (DEPEN), do MJ. Trata-se de um sistema organizado de forma centralizada junto ao nível federal da execução penal no âmbito do Poder Executivo⁶².

No capítulo VI, seção I, artigos 71 e 72 da LEP⁵³ está a previsão legal para a existência do DEPEN e a sua atribuição quanto à coordenação e supervisão dos estabelecimentos penais federais. O quadro de servidores das penitenciárias federais é composto por agentes penitenciários federais, especialistas em assistência penitenciária (assistente social, enfermeiro, farmacêutico, odontólogo,

psicólogo e terapeuta ocupacional) e técnicos de apoio à assistência penitenciária (técnico/auxiliar em saúde bucal e técnico em enfermagem)⁶².

Atualmente existem 5 Penitenciárias Federais (PF) no Brasil, localizadas em Campo Grande, Catanduvas, Distrito Federal (em fase de inauguração), Mossoró e Porto Velho⁶², como ilustrado na figura 01.

Figura 01 – Distribuição das penitenciárias federais no Brasil, 2018.



Fonte: Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Anuário do Sistema Penitenciário Nacional 2015 [Internet]. Brasília (DF): Departamento Penitenciário Nacional; [2016]. p.7. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/dispf/spf_anuario/anuario-spf-2015-edicao1-v1.pdf

A Resolução nº 502 de 09 de maio de 2006⁶³ do CNJ foi o primeiro instrutivo voltado especificamente para o SPF a discorrer sobre o funcionamento das PFs. As penitenciárias federais brasileiras são consideradas como a instância executora das penas das PPL, condenados ou provisórios, que estão cumprindo pena em regime fechado, com alta periculosidade e risco para ordem pública⁶³.

O Decreto nº 6.049 de 27 de fevereiro de 2007⁶⁴ da Presidência da República (PR) aprova o regulamento das PFs, contribuindo para o arcabouço legal do SPF com mais um instrumento normativo que orienta concretamente o manejo em relação aos procedimentos para com os presos do SPF.

A própria resolução deixa claro o caráter excepcional e temporário do comprimento de pena no SPF, tendo como regra o limite de 360 dias de estada, e com exceção motivada por ordem judicial, que o prazo se estenda, assim os internos podem vir a ficar mais tempo na unidade⁶³, porém a lei não especifica o tempo e a quantidade limite que o juiz poderá fazer renovações.

Nos décimos artigos de outros dois instrumentos, a Lei nº 11.671 de 2008⁶⁵ e o Decreto nº 6.877 de 2009, são encontradas informações que reafirmam os conteúdos sobre prazo de permanência e prorrogação no SPF⁶⁶

A estrutura organizacional de todas as penitenciárias federais brasileiras segue o mesmo padrão: diretoria do estabelecimento penal, divisão de segurança e disciplina, divisão de reabilitação, serviço de saúde e serviço administrativo. Estruturalmente, cada PF tem 208 celas individuais, locais para trabalho do preso, atividades socioeducativas e culturais, esportes e para prática religiosa, parlatório e pátio para visitas⁶².

Todos os presos admitidos nas PFs passam pelo procedimento padrão de inclusão na unidade: a família ou a pessoa que o preso indicar é comunicada sobre o local que ele está recolhido; recebem instruções quanto às normas disciplinares, direitos e deveres; são avaliados quanto às suas condições físicas e mentais constatadas no momento do ingresso na unidade, e, em momento seguinte, são conduzidos à Comissão Técnica de Classificação (CTC) para que tenham atendimento quanto à individualização da pena²⁴. Junto ao documento de admissão do preso, vem o prontuário penitenciário, que tem informações anteriores à chegada à unidade e as novas informações referente à atual admissão, explicitando se os presos são oriundos do regime prisional estadual (ordinário) ou de outra PF²⁴.

Os presos do SPF podem se enquadrar em dois regimes disciplinares: o Regime Disciplinar Ordinário (RDO) ou no Regime Disciplinar Diferenciado (RDD)⁵⁴.

Os presos que cumprem pena no SPF enquadram-se nas disposições gerais das unidades: ficam em celas individuais por 22 horas/dia; tem direito a 2 horas de banho de sol por dia no solário; podem receber visitas semanais, a comunicação externa é autorizada por carta; o atendimento com advogado é realizado no parlatório; tem direito à visita íntima, além das assistências previstas na LEP. Outra característica do RDO é que os presos podem receber regalias e recompensas, como fazer algumas das atividades fora do horário normal e receber visitas extraordinárias, excepcionalmente concedidas por bom comportamento⁵⁴.

O RDD no SPF é ainda mais rigoroso, pois o preso não tem o direito a sair da cela; o banho de sol passa ali mesmo; e os procedimentos de segurança são ainda mais rigorosos. Outra característica do SPF: os internos podem participar de projetos sociais e de remissão de pena, como o projeto de remissão pela leitura, e atividades de recreação como futebol e filmes, esporadicamente.

Normalmente os presos são conduzidos ao RDD para cumprir sanção por falta disciplinar dentro da unidade, e nesses casos é realizado um processo investigativo que assegura o direito à ampla defesa do preso em relação à ocorrência. As regulamentações das faltas e das sanções estão descritas no Decreto nº 6.049 de 27 de fevereiro de 2007⁶⁴, e são comunicadas ao preso assim que ele é admitido na unidade.

O artigo 23 do decreto⁶⁴ que introduz o tema da saúde no SPF deixa clara a necessidade da assistência psicológica e psiquiátrica com programas que deverão contemplar o preso, a família e a instituição para atender ao objetivo de ressocialização e de integração social.

O conteúdo do artigo 23 faz referência à atribuição dada à psicologia e a psiquiatria, atribuindo à prática clínica delas um cunho forense. Implicitamente almeja-se que tanto uma quanto a outra sejam capazes de identificar e/ou justificar condutas, e que, ao elaborarem pareceres, esses serão utilizados para balizar “tecnicamente” as decisões jurídicas quanto ao comprimento de pena, ou seja, para colocar o preso em regime de isolamento, seja para transferi-lo de unidade do SPF ou para transferi-lo para penitenciárias estaduais.

A crítica feita fundamenta-se por constatar oficialmente que a especialidade de psiquiatria (ou médico com experiência em saúde mental, como sugere a letra da lei), não consta no quadro efetivo do órgão e que o (a) médico (a) psiquiatra é contratado(a)/solicitado(a) em caráter excepcional para elaboração de parecer, o que faz emergir a dimensão de uma prática clínica não necessariamente de caráter assistencial contínuo, mas pontual e técnico.

1.1.4 A saúde pública e a saúde mental no contexto prisional

A assistência à saúde com acesso integral e universal é um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado, claramente assegurado nos dispositivos legais, como na CF/88⁴⁹ e nas leis orgânicas da saúde, a Lei nº 8.080/90⁵⁶ e Lei nº 8.142/90⁶⁷. A ONU também criou dispositivos internacionais com valor legal no Brasil que preconizam assistências e regras mínimas para o tratamento penitenciário (vide tópico 1.1.2.2 Direito externo: os tratados internacionais ratificados pelo Brasil), os quais inspiraram os legisladores na elaboração das normas específicas para o contexto prisional brasileiro.

Atendendo as normativas internacionais e nacionais, a atuação do governo brasileiro nesse âmbito ocorre por meio de políticas do MJ e do MS, que de forma específica ou interministerial, elaboraram ferramentas que concretizaram essa interação e os tornaram corresponsáveis pela saúde no âmbito prisional. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)⁶⁸ e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE)⁶⁹ são exemplos concretos de ações construídas em conjunto pelos ministérios.

Um levantamento bibliográfico realizado sobre as legislações vigentes sinaliza um aumento de publicações de cunho normativo a partir de 2014, principalmente, portarias, planos estratégicos e cartilhas sobre a saúde prisional, voltados para diversos temas, resumidos nos quadros 01 e 02.

Quadro 01 – Lista de publicações normativas referente à saúde prisional no Brasil em ordem crescente de anos

Título	Autor	Resumo	Ano
Portaria nº 485, de 29 de março de 1995 ⁷⁰	MS	Constitui comitê de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.	1995
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 ⁷¹	MS	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	2011
Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014 ⁶⁸	MJ MS	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).	2014
Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014 ⁷²	MS	Institui o serviço de avaliação acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), no âmbito do SUS.	2014
Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014 ⁷³	MS	Dispõe sobre serviço de financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS.	2014
Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014 ⁶⁹	MJ MS	Institui a Política Nacional de Atenção as Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE).	2014
Portaria nº 142, de 28 de fevereiro de 2014 ⁷⁴	MS	Estabelece normas para o cadastro no SCNES (Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP).	2014
Portaria nº 482, de 01 de abril de 2014 ⁷⁵	MS	Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).	2014
Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014 ⁷⁶	MS	Estabelece normas para cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela tipos de Equipes de SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).	2014
Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014 ⁷⁷	MS	Dispõe sobre as normas para financiamento e execução de componente básico de Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP.	2014

Elaboração própria. Fonte: Original da autora.

Quadro 02 – Lista de publicações instrutivas referente à saúde prisional no Brasil em ordem crescente de anos

Título	Autor (es)	Resumo	Ano
Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário ⁷⁸	MS	Plano estratégico de ações e serviços a serem executados para assistência integral à população penitenciária.	2004
Aleitamento materno para mulheres privadas de liberdade ⁷⁹	MS	Cartilha destinada a mulheres privadas de liberdade sobre pré-natal e aleitamento materno.	2014
Serviço de Avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei ⁸⁰	MS	Documento elaborado para orientar gestores municipais de saúde que tem interesse de implantar o serviço de EAP.	2014
Inclusão das mulheres em provação de liberdade na Rede Cegonha ⁸¹	MS	Documento elaborado para que os gestores municipais de saúde possam incluir as mulheres privadas de liberdade na rede cegonha.	2014
Compilado sobre legislação em saúde no sistema prisional ⁸²	MS	Documento compila as portarias 282, 94, 95, 305 e 142 já especificadas neste quadro.	2014
Nota técnica assinada pelo MS e MJ sobre a obrigatoriedade de alimentação no SISAB ⁸³	MJ MS	Documento elaborado para reafirmar a obrigatoriedade do registro dos procedimentos no SISAB pela EAP para monitoramento e avaliação dos serviços, no âmbito do SUS.	2015

Elaboração própria. Fonte: Original da autora.

De forma geral as publicações divulgadas na página oficial do MS alcançam tanto a área assistencial quanto a área da gestão em saúde pública. No âmbito assistencial, há a preocupação com a saúde sexual, ações da atenção básica, a instituição da política nacional de PPL e o acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. No âmbito da gestão, identifica-se uma articulação estratégica com a atenção básica quanto ao financiamento, o cadastramento junto ao SCNES, a assistência farmacêutica e implementação desses serviços específicos.

Uma observação importante sobre o levantamento dos quadros 01 e 02 é a mobilização governamental quanto à elaboração de políticas públicas destinadas a grupos populacionais específicos, como o de mulheres em situação de pré-natal, aleitamento, maternagem e população com transtorno mental.

Além das normativas ministeriais, o DEPEN elaborou um Manual de Tratamento Penitenciário do SPF, aprovado pela Portaria nº 11, de 04 de dezembro de 2015⁸⁴, que reconhece a importância da saúde mental compreendendo que este ambiente implica efeitos adversos às PPL. O texto do manual sugere uma atenção ao cuidado em saúde mental, considerando a perspectiva da assistência médica, farmacêutica e psicológica. Nele foram preconizadas ações essenciais que serão brevemente descritas a seguir no intuito de tornar clara parte das condutas do órgão. São obrigações do médico psiquiatra listadas no manual⁸⁴: a elaboração de relatórios pertinentes à saúde mental do preso para que eles sejam encaminhados à CTC, e que ele faça uma avaliação e um acompanhamento mais individualizado de cada interno; a assistência de urgência e de emergência; a prescrição de medicação; a participação nas reuniões interdisciplinares convocadas pela área da saúde; o registro informatizado no sistema da administração penitenciária e no prontuário de saúde do preso; e a comunicação ao juiz corregedor federal, em caso de constatação de transtorno mental em algum preso do SPF.

A assistência farmacológica também é orientada no manual, obedecendo à padronização de medicamentos e materiais médico hospitalares, assim como a implicação quanto ao controle, fiscalização, posologia e identificação do medicamento. Interessante que o próprio documento⁸⁴ afirma a mobilização em rede que o responsável pela Divisão de Saúde deverá fazer para se articular com outra (s) farmácia (s) da rede do SUS ante a falta de algum medicamento.

São algumas obrigações do psicólogo listadas no manual⁸⁴: compor a CTC, realizar a anamnese na admissão dos presos para analisar as condições na chegada deles na unidade, fazer pareceres, realizar diagnóstico psicológico, promover a adaptação ao ambiente carcerário e prestar apoio psicológico ao preso em momentos de recebimento de notícias de doenças graves ou morte de algum membro da família.

Aos demais especialistas recaem atribuições menos claras quanto à assistência em saúde mental dos presos, mas segundo o artigo 12 do manual os profissionais “[...] devem acompanhar regularmente todos os presos, inclusive os que estiverem em isolamento relatando por escrito possíveis alterações no estado de saúde que verificarem em decorrência do isolamento⁸⁴”.

No manual as informações gerais quanto às consultas, exames e internações do preso fora do presídio, enaltecem a necessidade de formalizar por escrito todos

os procedimentos realizados, inclusive quanto à necessidade de autorização do diretor da PF, de parecer médico ou de determinação judicial para realização de atendimento externo ou atendimento realizado por médico particular. Quanto ao registro das informações de saúde, está explícita a obrigatoriedade de registrar no sistema informatizado da penitenciária e no prontuário de saúde todas as informações do preso. Está descrita a previsão de comunicação com o sistema de informação sanitária e epidemiológica do SUS, porém não há detalhamento sobre a viabilização da comunicação entre as duas fontes de registro.

Duas situações específicas do manual são interessantes para a presente pesquisa, que é a ocorrência de greve de fome e tentativa de suicídio por parte do preso, as quais obedecem a um protocolo de assistência específica e exigem uma mobilização em conjunto entre a equipe de assistência, o juiz corregedor da PF e com a família do preso.

Os conteúdos do manual do SPF sugerem um avanço quanto aos cuidados em saúde mental, porém a assistência prestada atualmente dentro das unidades prisionais federais precisa alcançar o que está previsto na Política Nacional de Saúde Mental⁸⁵, que preconiza uma atenção biopsicossocial, baseada em ações territoriais e que compreendam o sofrimento do sujeito sob a luz da ética do cuidado. Ao longo de seus artigos, a lei⁸⁵ protege o usuário de qualquer tipo de discriminação, reafirmando a necessidade de manter o indivíduo e a família informada dos direitos e a necessidade de oferecer assistência em ambiente terapêutico, de preferência em serviços comunitários de saúde mental. A mesma lei proíbe internação em ambientes com características asilares e propõem uma mobilização em conjunto do serviço de saúde e do serviço social para atender aqueles pacientes que estão em grave dependência institucional.

A pesquisa desenvolve-se reconhecendo a necessidade de estabelecer um caminho em meio a dois pólos paradigmáticos: de um lado a negativa existente em relação as práticas de cuidado em saúde mental acontecerem em ambientes institucionalizantes, como preconizado pelo ideal reformista, e de outro lado a população em estudo estar delimitada em um ambiente extremamente fechado, por natureza, que é a prisão.

Parte-se do entendimento que a existência de uma demanda em saúde mental de baixa gravidade não exige uma retirada do preso da prisão e o encaminhamento dele para outro dispositivo “total”, como o hospital de custódia, mas

exige que mediante a identificação ou a suspeita de uma demanda de saúde mental, o preso deve ter suas demandas reconhecidas e assistidas. Para que exista uma formalização da atuação do Estado perante a responsabilização nesses casos, é necessário que se crie um dispositivo que opere coletivamente sobre o tema, que reconheça a necessidade de uma análise multiprofissional sobre os casos concretos, retirando do local central o poder do médico para realização de laudos e pareceres.

Compreender melhor a situação da população prisional que estão nas unidades estaduais e federais é um início para trilhar esse caminho, que exige uma aproximação inicial com a realidade prisional, e em seguida o estabelecimento de um diálogo baseado no que se tem publicado como alternativa para a assistência em saúde nas prisões.

Após o extenso percurso teórico e legal sobre a história da prisão e o estabelecimento de um diálogo com a temática da saúde pública e da saúde mental, todo o contexto estudado afirma o local de fala da pesquisa, assegurando a necessidade de realizar considerações éticas comprometidas com a verdade científica para analisar criticamente e tentar entender as questões inerentes ao sofrimento humano no ambiente prisional brasileiro.

Faz-se necessário uma consideração sobre os termos adotados na pesquisa em relação à nomenclatura e classificação dos sistemas penitenciários brasileiros. O termo “Sistema Penitenciário Federal” encontra apoio legal e normativo para adoção da palavra ‘federal’, e não deixa dúvidas em relação às unidades que o compõem, entendendo que são as penitenciárias federais presentes no território nacional.

Em contra partida, o termo “Sistema estadual” adotado ao longo do trabalho faz referência a todos os outros estabelecimentos penitenciários existentes no território nacional, não sendo adotado no sentido geográfico de ‘estado’, mas considerando as diferenças de execução penal que o distingue do SPF.

Assim, vale salientar que o Distrito Federal foi considerado na pesquisa, mas não será mencionado individualmente, tendo em vista que as unidades desse território têm o funcionamento como às demais unidades estaduais. Portanto, a adoção do termo “Sistema estadual” não é encontrado como uma categoria nos instrumentos legais e normativos, mas foi adotado na pesquisa para favorecer a compreensão textual e marcar os dois nichos de privação de liberdade tão diferentes no país.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os perfis populacionais, as condições de saúde e os estabelecimentos prisionais dos sistemas penitenciários federal e estadual brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico da população prisional das penitenciárias federais e estaduais.

Identificar as informações sobre a saúde mental da população prisional das penitenciárias federais e estaduais, com ênfase para o uso de álcool e outras drogas, crise de abstinência, tentativa de suicídio e suicídio concretizado.

Caracterizar a equipe que realiza atendimentos no âmbito do cuidado em saúde nas penitenciárias federais e estaduais, e os atendimentos médicos e psicológicos prestados à população prisional nestas unidades.

Analisar os dados de variação entre os anos de referência e os regimes prisionais.

Analisar os indicadores sintéticos dos estabelecimentos prisionais do sistema estadual.

Relacionar os resultados com que é orientado como política pública de saúde mental vigente.

3. METODOLOGIA

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO

Anteriormente à formulação do projeto de pesquisa sobre o tema: Saúde mental nas penitenciárias federais e submissão dele à linha de pesquisa de Saúde pública, álcool e outras drogas no mestrado da Universidade de Brasília, vivenciei a formação na Escola Nacional de Serviços Penais (ESPEN) em 2015 obtendo o título de especialista em assistência penitenciária no cargo de Terapeuta Ocupacional, sendo esse um curso de formação específico para a capacitação de futuros servidores das unidades prisionais do SPF.

O curso e a expectativa de fazer parte do quadro de servidores efetivos do DEPEN motivaram a escrita de um projeto de pesquisa que, à época, pretendia compreender os efeitos da vivência no regime prisional na saúde mental dos presos. Inicialmente o foco da pesquisa estava voltado para o sistema de segurança máxima brasileiro, tendo em vista o aprendizado teórico e prático do âmbito da segurança pública ao longo do curso de formação.

A aproximação com a temática e a vivência junto à equipe de segurança fez surgir à formulação de questionamentos criando a expectativa de compreender melhor e tentar propor alternativas que, partindo do contexto acadêmico, se estabelecesse um repertório que sustentasse o lugar da prática assistencial de saúde dentro dessas unidades com um novo olhar.

À época do primeiro projeto elaborado em 2016, vislumbrava-se a ideia de fazer entrevistas junto aos presos nas próprias unidades de segurança máxima, pois a pesquisadora teria a possibilidade de entrar em pelo menos uma penitenciária do SPF (como servidora e pesquisadora), o que viabilizaria a realização de algumas etapas da pesquisa, além de estabelecer melhor o local de fala da autora do estudo, pois a vivência seria mais aproximada da realidade prisional, porém a efetivação do cargo junto ao órgão não aconteceu, inviabilizando a execução dessa estratégia metodológica.

Esse impedimento administrativo não impediu o seguimento da pesquisa, pois já tinha efetivado o vínculo como aluna regular junto à Universidade por meio de processo seletivo para o programa do mestrado. Nesse momento, foi preciso repensar e reformular estratégias metodológicas para a execução e conclusão do trabalho, as quais estão descritas nos parágrafos seguintes.

Surgiu a possibilidade de solicitar os dados da pesquisa para o órgão responsável pela gestão penitenciária das unidades prisionais do SPF, representado na esfera executiva pelo DEPEN.

Três fatores corroboraram para esta escolha metodológica: fator geográfico, fator legal e o fator temporal. O fator geográfico diz do acesso físico às unidades penitenciárias federais por serem extremamente distantes. O fator legal incide sobre a população em estudo, pois as PPL que estão nestas unidades, em sua maioria, tem influência significativa sobre grandes facções criminosas espalhadas pelo país, assim há de assegurar o compromisso jurídico e ético em relação ao sigilo de informações que possam vir a identificar civilmente os presos do SPF, tendo em vista o grau de periculosidade e a exigência de preservar as informações pessoais. E, por fim, o fator temporal para que o estudo pudesse ser executado dentro dos prazos acadêmicos vigentes.

A soma dos fatores explicados acima culminou na escolha pela busca dos dados junto ao DEPEN por meio do sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão (E- SIC) e bancos de dados disponibilizados de forma pública.

A partir da decisão de trabalhar com dados secundários disponibilizados publicamente, percebeu-se uma oportunidade para um novo escopo para a pesquisa, que permitiria avançar no valor acadêmico, trazendo comparações e dados inéditos para a publicação. Assim, decidiu-se por ampliar o objeto da pesquisa estabelecendo uma análise dos perfis populacionais, das condições de saúde e dos estabelecimentos prisionais dos sistemas penitenciários federal e estadual brasileiro.

3.2 CLASSIFICAÇÃO GERAL DO ESTUDO

De forma sintética, a pesquisa trata-se de um estudo documental com análise de dados secundários públicos referentes aos indivíduos que estavam sob a guarda do Estado nos estabelecimentos prisionais brasileiros nos anos de referência.

Os livros “Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação”⁸⁶ e “Método de Pesquisa”⁸⁷ foram as duas publicações que orientaram a construção teórica dessa seção. Nas duas referências selecionadas^{86,87} as autoras sinalizaram a possibilidade de classificar as pesquisas científicas sob quatro quesitos: quanto à natureza, quanto à abordagem, quanto aos objetivos e quanto aos procedimentos técnicos.

Seguirei essa sequência sugerida para iniciar a classificação da pesquisa e em seguida especificar os demais aspectos metodológicos.

Quanto à natureza, a pesquisa desenvolvida é considerada como pesquisa aplicada, pois ela “[...] objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigidos à solução de problemas específicos [...]”⁸⁶ para chegar em conclusões que possam ter valia no âmbito da saúde pública prisional brasileira, avançando para além da mera explanação de ideias sobre o tema.

Quanto à abordagem da pesquisa, sua classificação passou por mudanças ao longo das etapas, mas em sua configuração final caracteriza-se tipicamente como quantitativa para responder aos objetivos gerais e específicos de acordo com o que foi definido como variável para a pesquisa.

A pesquisa pode ser classificada quanto ao objetivo como descritiva - exploratória, pois inicialmente tentou-se “descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”⁸⁶, porém os resultados obtidos foram discretos quanto à possibilidade de estabelecer relações seguras, assim a análise passou a ter uma perspectiva mais exploratória para tentar “proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses”⁸⁶.

Realizar essa pesquisa foi a materialização da frase sobre as etapas da metodologia científica que afirma que “[...] O percurso, muitas vezes, requer ser reinventado a cada etapa [...]”⁸⁶, pois a proposta inicial da pesquisa a classificaria praticamente como uma pesquisa de levantamento, entendendo que o objetivo maior seria ter dados que produzissem uma caracterização inédita sobre o nicho da população prisional que vive sob o regime de segurança mais rígido do país em comparação com os demais presos, para elaborar o perfil transtornos mentais e abuso de drogas deles como um todo.

Porém, como já dito anteriormente, o seguimento do estudo após a fase de coleta de dados alterou-se de tal forma que ela passou a ser classificada como uma pesquisa essencialmente documental, ao se deparar com a necessidade de ressignificar as informações obtidas, assim a análise voltou-se para os próprios documentos oficiais que foram elaborados como resposta pelo DEPEN sobre o SPF, e para os bancos de dados públicos sobre o sistema estadual.

3.3 POPULAÇÃO, INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A população do estudo é composta por dados secundários referente aos indivíduos que estavam privados de liberdade nas penitenciárias federais e estaduais em 2015 e 2016, que participaram indiretamente na pesquisa, tendo em vista que os dados referentes as PPL do SPF foram coletados primariamente pelo DEPEN e os dados dos presos estaduais foram coletados pelas gerências das unidades estaduais, e ambos chegaram para a análise da pesquisa como dados secundários.

Não foram adotados critérios de inclusão ou de exclusão para definição de uma amostra, visto que as informações são referentes a toda a população prisional, tanto federal quanto estadual, com exceção do estado de São Paulo, que não repassou as informações das unidades prisionais de seu território em nenhum dos dois anos analisados.

Os bancos de dados referentes às unidades estaduais estavam disponíveis para livre acesso no próprio site do MJ, por isso não foi necessário nenhum requerimento formal junto ao órgão para utilização destes. Os bancos de dados estaduais contemplavam uma gama de variáveis que foram interessantes para o estudo, portanto não foi preciso solicitar nenhum dado específico, cabendo apenas a busca pela informação interessante para o estudo.

A solicitação enviada ao DEPEN para coleta de dados da população do SPF, indicou o período de 2007 a 2018 para estabelecer uma análise sob um recorte temporal maior, o que permitiria maior robustez ao escopo das informações, porém a maior parte dos conteúdos disponibilizados eram referentes aos anos 2015 e 2016.

O instrumento de coleta de dados do SPF foi criado para compor o requerimento feito no E-SIC para estruturar de forma clara o que estava sendo solicitado. O instrumento pode ser equiparado, para fins didáticos, a um questionário, tendo em vista que existia uma série de itens a serem respondidos pelo órgão. De forma geral, o conteúdo do instrumento refletia os itens que estão transcritos no parágrafo seguinte.

Os itens foram divididos em 2 categorias principais: 1) Informações Gerais, com 10 subitens:

1- Quantitativo da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.

- 2- Unidades federativas de origem da população prisional do SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 3- Escolaridade da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 4- Faixa etária da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 5- Naturalidade da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 6- Estado civil da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 7- Raça da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 8- Cor e etnia da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 9- Visitas recebidas pela população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 10- Tempo de cumprimento de pena no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.

E 2) Informações de saúde, saúde mental e uso de álcool e outras drogas, com 12 subitens:

- 1 - Uso de drogas pela população prisional do SPF, por tipo de substância, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 2 - Tentativa de suicídio da população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 3 - Suicídios cometidos pela população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 4 - Quantitativo de óbitos na população prisional no SPF, por causa de óbito, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 5- Crise de abstinência na população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 6- Número de atendimentos médicos (todas especialidades, exceto psiquiatria) realizados para a população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.

- 7- Número de atendimentos psicológicos realizados para a população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 8- Número de atendimentos psiquiátricos realizados para a população prisional no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 9- Quantitativo de presos que fizeram ou fazem uso de medicamento de controle especial no SPF, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.
- 10- Categorização do tipo de vínculo do psicólogo que atende a população prisional por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018:
 - a) Psicólogo a serviço do DEPEN;
 - b) Psicólogo do quadro da Secretaria de Saúde do local em que a unidade penitenciária está localizada;
 - c) Psicólogo sem vínculo com o SUS;
- 11- Categorização do tipo de vínculo do médico psiquiatra que atende a população prisional por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018:
 - a) Médico psiquiatra a serviço do DEPEN;
 - b) Médico psiquiatra do quadro da Secretaria de Saúde do local em que a unidade penitenciária está localizada;
 - c) Médico psiquiatra sem vínculo com o SUS;
- 12- Número de especialistas em assistência penitenciária por categoria profissional, por unidade prisional e por ano de 2007 a 2018.

Não foi dada nenhuma orientação quanto ao formato de resposta que o órgão deveria se atentar, pois o modelo do questionário permitiria que se respondesse tanto por texto, quanto por tabelas, quadros e outras formas.

A formatação do instrumento e devolutiva do DEPEN foram digitais, devido à escolha metodológica. Assim, o trâmite de comunicação, que permitia a anexação de documentos, contou com a completa viabilidade pelo E-SIC. O questionário foi elaborado visando a maior clareza possível para que não houvesse perda de informações devido a qualquer dificuldade de compreensão do que estava sendo requerido.

Os itens consideravam todas as penitenciárias federais em funcionamento no período de 2007 a 2018. O estatístico que oferecia o suporte técnico para a pesquisa ajudou a elaborar os itens e subitens na etapa de criação do questionário, de tal forma que, antevendo as formas de resposta que poderiam vir do DEPEN,

vislumbrou-se quais os cruzamentos de dados poderiam ser estatisticamente mais aproveitados a fim de estabelecer correlações estatísticas entre as diferentes variáveis em estudo, e identificando a necessidade de comparação posterior com os dados disponibilizados do sistema penitenciário estadual.

A elaboração em conjunto objetivava assegurar o máximo de eficácia possível ao estudo, pois o instrumento tem origem autoral, composto por questões abertas e que não havia a possibilidade de realizar um pré-teste de aplicação do questionário. Com o instrumento definido, o procedimento para coleta de dados do âmbito federal foi feito via E-SIC, sistema que permite o acesso à informação junto aos órgãos do executivo federal.

A ferramenta adotada para estabelecer a comunicação junto ao órgão é de uso público e permite acesso a dados federais referente a todos os ministérios. O trâmite é virtual e qualquer cidadão pode solicitar dados, cabendo a administração pública responder de acordo com o que está preconizado como lei de acesso à informação e no princípio da transparência pública. Esse sistema é um potente recurso para o acesso atualizado à dados públicos que têm significativo peso para a pesquisa acadêmica.

A solicitação recebeu o registro de protocolo nº 08850003183201853, tendo como destinatários, o MJ como órgão superior e o DEPEN como órgão vinculado. A partir da data do envio foi necessário aguardar o prazo definido para resposta, que foi prorrogado uma vez pelo órgão sob a justificativa da necessidade de mais tempo obter os dados requeridos devido à descentralização das unidades penitenciárias federais.

Para o sistema estadual foi necessário definir as variáveis interessantes para o estudo entre todas as informações que constavam nos bancos de dados, dessas foram estabelecidos dois grupos, sociodemográficas e de atenção à saúde.

Foram consideradas as seguintes informações sociodemográficas: número de instituições penitenciárias estaduais; número de vagas; população prisional; escolaridade das PPL; faixa etária; estado civil; raça, cor da pele, ou etnia; trabalho; ensino e visita. Sobre atenção à saúde foram considerados dados sobre: estrutura física, número de profissionais, número de atendimentos médicos e psicológicos e número de óbitos.

Não foram adotados critérios de inclusão nem de exclusão para definição de uma amostra entre as unidades estaduais, visto que os dados são referentes a toda a população prisional estadual brasileira, com exceção do estado de São Paulo, que não repassou as informações das unidades prisionais de seu território em nenhum dos dois anos analisados.

Após a explicação do que se tentou alcançar de resultados para cada sistema, vale esclarecer que os dados obtidos para cada uma das esferas analisadas se constituíram de forma diferente, assim identificou-se um diferencial no referencial entre as fontes de dados para cada âmbito prisional estudado.

O DEPEN enviou um despacho (nº 23/08/2018/DIRPP/DEPEN), um documento de informação (nº 12/2018/CGAP-DISPF/DISPF/DEPEN) e o Relatório sobre o EAP em resposta à solicitação dos dados do SPF.

Os anuários do SPF publicados pelo DEPEN em 2015 e 2016, que podem ser equiparados aos censos populacionais prisionais (no âmbito do SPF), e os registros publicados nos documentos listados acima foram as fontes dos dados da pesquisa. Os anuários contribuíram substancialmente quanto às informações gerais dos presos do SPF.

O anuário de 2017 ainda não foi publicado até a presente data de redação do trabalho, por isso a análise se concentrará nos anos de 2015 e 2016, aos quais se referem a maioria dos dados. Não foram divulgadas informações de anos anteriores, o que sugere que a consolidação de uso de informações sistematizadas só aconteceu a partir de 2015, com a primeira versão pública do documento.

Alguns dos resultados obtidos não contemplaram o documento a solicitação em sua totalidade. Alguns dados não chegavam a responder o que foi solicitado por completo, como por exemplo, a separação dos dados por unidade prisional em alguns itens, ou chegavam a extrapolar a informação requerida em outros itens. Em ambos os casos, a informação disponibilizada pelo órgão está divulgada junto aos itens que guardam maior proximidade em relação ao que era esperado com dado a ser obtido.

Os dados do sistema penitenciário estadual foram retirados dos bancos de dados originais de 2015 e de 2016 que estavam disponíveis no site do MJ e algumas informações adicionais que auxiliaram na contextualização do panorama prisional brasileiro foram retiradas do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN de junho de 2014⁸⁹.

Os dados sobre o SPF foram disponibilizados de forma descritiva e fazendo referência à população prisional como um todo, enquanto que os dados sobre o sistema penitenciário estadual foram disponibilizados de forma original, em banco de dados em Excel, e fazendo referência à população de cada instituição penitenciária de forma individualizada. Esse diferencial permitiu uma análise exclusiva para o ramo da pesquisa que se volta para os estados, com a criação de índices sintéticos sobre cada tipo de unidade penitenciária, os quais estão descritos a seguir.

Nesse ponto do presente trabalho será apresentada a metodologia para a criação de um indicador sintético (ou composto) para as instituições penitenciárias brasileiras. Nesse contexto, o indicador sintético foi formado levando em consideração três dimensões: atenção à saúde, estrutura da instituição e aspectos sociodemográficos. Esse indicador pode ser utilizado para compreender melhor as diferenças e semelhanças existentes entre os diferentes tipos de instituição carcerária dentro do sistema estadual, assim como poderá ser utilizado para monitorar e avaliar as instituições supracitadas.

O indicador sintético é aquele que combina múltiplas medições das suas dimensões analíticas quantificáveis. Nesse sentido, como supracitado, estão apresentadas as três dimensões das informações referentes ao sistema carcerário estadual.

Assim, fez-se necessário definir alguns indicadores básicos para as dimensões apresentadas. As dimensões já foram citadas anteriormente e cada um desses indicadores apresentados a seguir estão inseridos em distintas temáticas. O quadro 03 revela as dimensões, temas e indicadores.

Quadro 03 - Descrição de dimensões, temas e indicadores sintéticos.

Dimensões	Temas	Indicadores
Atenção à Saúde	Ambiente de assistência à saúde	Razão de consultório médico por detento
	Profissionais da área de saúde	Razão de psicólogo por detento
		Razão de médicos por detento
Estrutura da Instituição	Ocupação	Taxa de ocupação da instituição
	Pessoal	Razão de servidores por detento
Aspectos Sócio Demográficos	Educação	Escolaridade
Restrição de Liberdade	Pena	Tempo médio de pena

Fonte: Elaboração própria.

Além disso, fez-se necessário definir o indicador de escolaridade de adultos no contexto desse trabalho. Nesse cenário, o indicador tem seu cerne como a razão entre o número de detentos dentro dos grupos de “Analfabeto”, “Alfabetizado” (sem cursos regulares), “Ensino Fundamental Incompleto” e total de detentos de determinada instituição - foram retirados desse total aqueles que não tinham a escolaridade informada.

O indicador referente à “tempo médio de pena” foi elaborado considerando o tempo médio de pena que cada tipo de estabelecimento penitenciário referiu como valor médio da instituição como um todo, e não o valor referente a cada PPL.

Após a apresentação dos indicadores primários supracitados, realizou-se as transformações desses indicadores, afim de colocá-los na mesma escala. Existem, na literatura, distintas formas de realizar as transformações expostas, no presente trabalho adotou-se a metodologia de transformações para valores entre 0 (zero) e 1 (um). Dessa forma, tem-se a seguinte definição:

para cada variável, atribui-se o valor 0 (zero) para o menor valor observado, e 1 (um) para o maior, assim, para variável X qualquer, o valor da variável transformada 0-1 para a i -ésima observação é dado por:

$$x_i = \frac{x_i - x_{\min}}{x_{\max} - x_{\min}}$$

onde:

x_i = Valor transformado da i -ésima observação da variável X ;

x_{\min} = Valor mínimo da Variável X ;

x_{\max} = Valor máximo da Variável X .

Da forma como foram definidos alguns indicadores é necessário apresentar um método de correção para o sentido da variável, essa correção dá-se da seguinte maneira:

$$x_i = \frac{x_{\max} - x_i}{x_{\max} - x_{\min}}$$

É importante ressaltar que a síntese desses índices primários será realizada em um recorte especial do sistema penitenciário estadual: as unidades prisionais em estudo serão aquelas que atendem apenas ao público masculino e na qual a gestão é unicamente pública no ano de 2016. Outrossim, também foram retiradas do grupo a ser avaliado aquelas instituições nas quais a população prisional indicada na base de dados é igual a zero e aquelas nas quais não há informação sobre a escolaridade dos detentos. Esse recorte será utilizado para que as informações e índices possam ser comparados entre o sistema penitenciário estadual e o sistema penitenciário federal.

No quadro 03, estão expostos os indicadores primários e as dimensões as quais pertencem. Dada a presença pode-se pensar em 4 distintos índices sintéticos, nos quais 3 deles apresentam maior peso para as distintas dimensões presentes no estudo e 1 no qual o peso atribuído a cada uma das dimensões é mesmo.

Assim, denominaremos o Índice sintético 1 = Inds1 como aquele no qual a predominância estará na dimensão de atenção à saúde, o Índice sintético 2 = Inds2 aquele no qual o peso maior será atribuído na dimensão de estrutura da instituição, o Índice sintético 3 = Inds3 que terá sua composição predominância da informação na dimensão sócio demográfica e, por fim, o Índice sintético 4 = Inds4 no qual todas as dimensões apresentam o mesmo peso. No quadro 04 foram apresentadas as definições e pesos de cada índice.

Quadro 04 - Lista de fórmulas de indicadores sintéticos

$\text{Inds1} = (0,165 * \text{Educação}) + (0,165 * \text{Saúde}) + (0,165 * \text{Trabalho}) + (0,125 * \text{Estrutura}) + (0,125 * \text{Sócio Demográfica}) + (0,25 * \text{Segurança})$
$\text{Inds2} = (0,083 * \text{Educação}) + (0,083 * \text{Saúde}) + (0,083 * \text{Trabalho}) + (0,25 * \text{Estrutura}) + (0,25 * \text{Sócio Demográfica}) + (0,25 * \text{Segurança})$
$\text{Inds3} = (0,083 * \text{Educação}) + (0,083 * \text{Saúde}) + (0,083 * \text{Trabalho}) + (0,125 * \text{Estrutura}) + (0,125 * \text{Sócio Demográfica}) + (0,50 * \text{Segurança})$
$\text{Inds4} = (0,111 * \text{Educação}) + (0,111 * \text{Saúde}) + (0,111 * \text{Trabalho}) + (0,1665 * \text{Estrutura}) + (0,1665 * \text{Sócio Demográfica}) + (0,333 * \text{Segurança})$

Fonte: elaboração própria.

Calculou-se os índices sintéticos para todas as intuições presentes no recorte acima determinado para, em seguida, encontrar os índices para conjuntos de instituições, que serão apresentados na seção de resultados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A resolução nº 510, de 07 de abril de 2016⁸⁸ em seu artigo 1º, das normas aplicáveis em ciências humanas e sociais, afirma que pesquisas que utilizam informações de acesso público, assim como pesquisas com banco de dados que não tem a possibilidade de identificação individual, não precisam ser registradas e nem avaliadas junto ao sistema CEP/CONEP.

Em relação aos benefícios da pesquisa, espera-se que os resultados obtidos aumentem a compreensão sobre a população do estudo, revelando a existência de lacunas entre o que é preconizado e o que vem sendo realizado, dar publicidade às informações analisadas para que outros pesquisadores e outras entidades governamentais possam atuar na formulação de normativas que orientam uma assistência de qualidade frente às demandas de saúde no contexto prisional.

Os riscos aos sujeitos da pesquisa são praticamente inexistentes, visto que o estudo utilizou dados secundários, assim como esclarecido no parágrafo inicial da seção.

4. RESULTADOS

A exposição dos dados dos dois sistemas prisionais foi dividida em subseções para aperfeiçoar a percepção das características específicas de cada um deles, e em seguida dos dados serão discutidos em conjunto. CARACTERIZAÇÃO DO SPF

4.1.1 Informações sociodemográficas dos presos do SPF

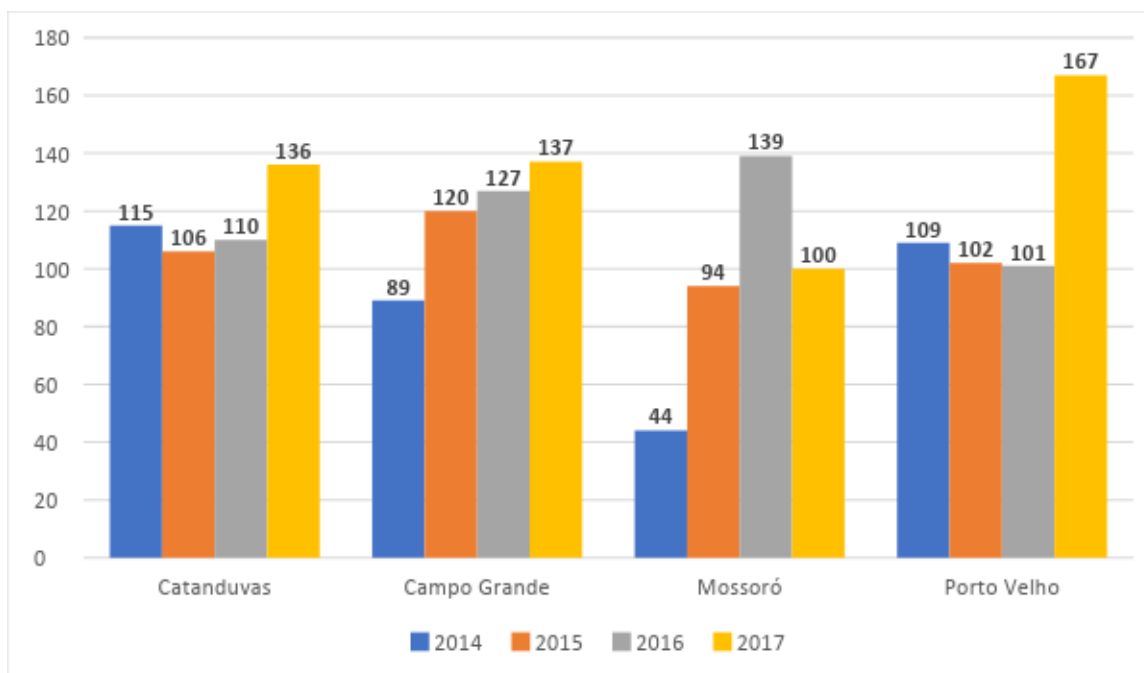
4.1.1.1 População prisional do SPF

Neste primeiro tópico tivemos duas fontes de dados, os anuários e a resposta do órgão via documento de informação que trouxe dados de 2014 até 2017. Segundo os anuários de 2015 e de 2016, a população média foi de 405 e 472, respectivamente, considerando as 4 unidades penitenciárias em funcionamento do SPF.

Separando as informações por unidade prisional, segundo os anuários: Campo Grande tinha 117 presos em 2015 e 143 presos em 2016; Catanduvas tinha 112 presos em 2015 e 150 presos em 2016; Mossoró tinha 104 presos em 2015 e 127 presos em 2016; Porto Velho tinha 88 presos em 2015 e 150 presos em 2016. Para otimizar a apresentação dos dados de forma visual e ampliar o escopo a fonte do pedido de informação (segunda fonte de dados) foi a referência para elaboração do Gráfico 01, pois eles permitem uma visualização da informação em um período maior de anos.

Os números divulgados nos Anuários e os números divulgados no documento de resposta enviado pelo DEPEN são um pouco diferentes. Tal divergência foi justificada pelo órgão devido a movimentação interna dos presos entre as penitenciárias federais (por motivos de segurança) e pela movimentação externa dos presos, seja pela transferência deles para o sistema estadual ou pela liberação do preso.

Gráfico 01 – Distribuição da população prisional do SPF, por unidade penitenciária, 2014 a 2017.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.2 Unidade federativa da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre as unidades federativas de origem. Nos dois anos, o Rio de Janeiro foi o estado mais citado como unidade federativa de origem dos presos, com 75 presos em 2015 e 80 presos em 2016. Em 2015, a Paraíba ficou em 2º lugar com 30 presos e o Acre ficou em 3º lugar com 28 presos. Em 2016 teve uma alteração, o Rio Grande do Norte ficou em 2º lugar com 42 presos e o Acre continuou em 3º lugar com 36 presos. Os valores referentes a cada unidade federativa estão descritos na tabela 01.

Esta variável é relevante para análise dos dados em conjunto com a variável de recebimento de visita, para entender a facilidade ou a dificuldade para a manutenção do contato com um núcleo relacional de referência para a pessoa em privação de liberdade.

Tabela 01 – Número de PPL do SPF por unidade da federação de origem, 2015 e 2016

UF	Nº 2015	Nº 2016
RJ	81	75
RN	42	22
AC	36	28
CE	35	27
PB	32	20
AM	31	18
PR	31	12
MS	30	31
PE	26	8
RR	22	12
MA	19	0
PA	17	22
RO	16	12
SC	15	33
SP	15	14
MT	7	5
GO	6	4
AL	4	21
RS	4	8
AP	4	6
BA	3	9
DF	1	5
PI	1	0
MG	1	1
ES	0	2
TO	0	0
SE	0	0
Total	479	395

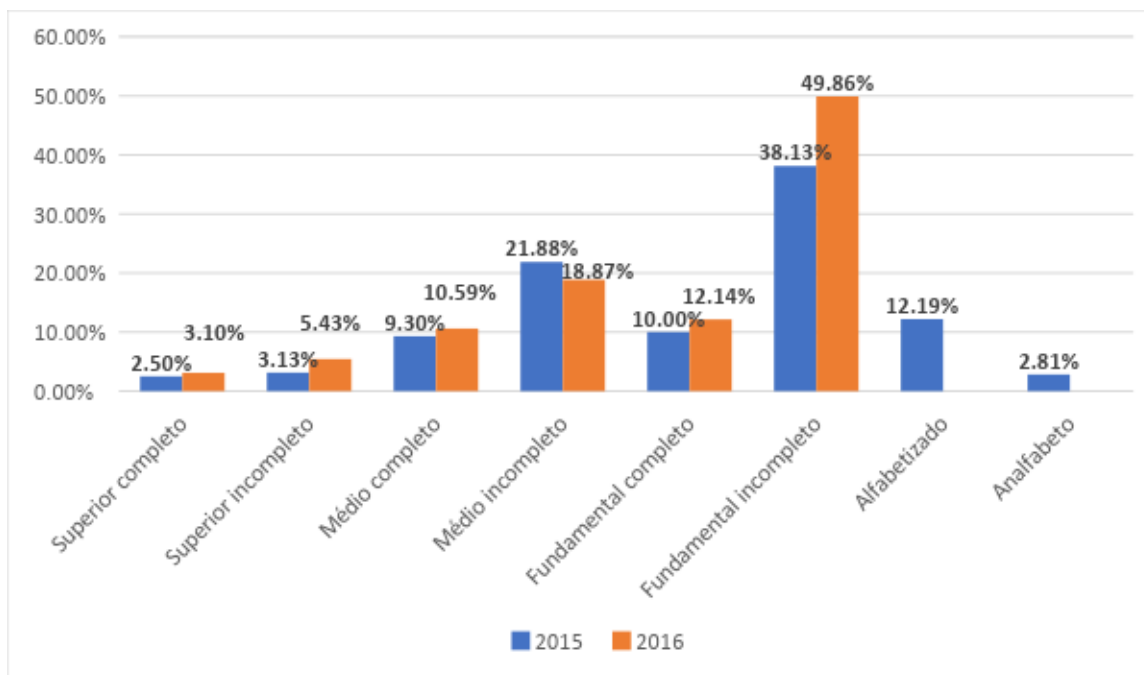
Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.3 Escolaridade da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre a escolaridade da população prisional no SPF. Neste item foi identificada uma alteração quanto às categorias, pois em 2016 não foi explicitada a categoria “alfabetizado”. Os maiores valores obtidos estão nas categorias de nível fundamental incompleto, como 38,13% em 2015 e 49,86% em 2016. Identifica-se que 5,63% dos presos do SPF em 2015 e 8,53% dos presos do SPF em 2016 começaram ou

tinham o ensino superior completo. Segundo informações de 2016, nenhum preso se declarou analfabeto (ver gráfico 02).

Gráfico 02 – Distribuição do nível de escolaridade da população prisional do SPF, 2015 e 2016.



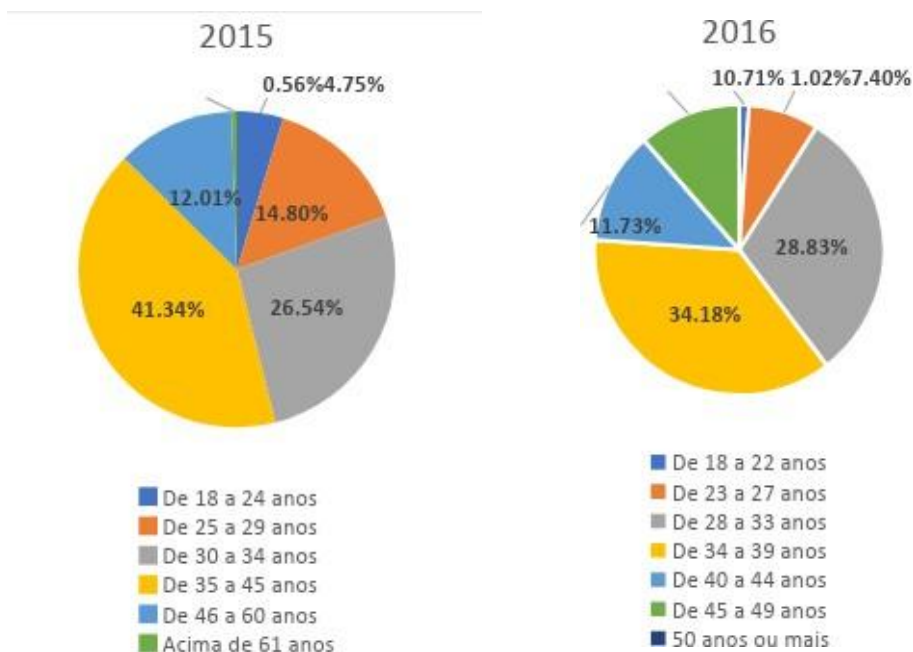
Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.4 Faixa etária da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre a faixa etária dos presos no SPF. Assim como no critério de escolaridade, o órgão fez uma pequena alteração quanto às categorias de um ano para o outro, e por haver sobreposição das informações obtidas, de forma que não seria possível refazer o valor encontrado para voltar a unificar as categorias entre os anos, serão mostrados dois gráficos a fim de manter a padronização adotada pelo órgão e reduzir o viés na análise de dados.

Os valores mais significativos, nos dois anos de referência, estão concentrados praticamente entre a chegada dos trinta anos até próximo a chegada dos quarenta anos. Aproximadamente 67% dos presos estavam neste perfil etário em 2015, e por volta de 63% da população do SPF estava dentro da faixa etária descrita em 2016 (ver gráfico 03).

Gráfico 03 – Distribuição da faixa etária da população prisional do SPF, 2015 e 2016.

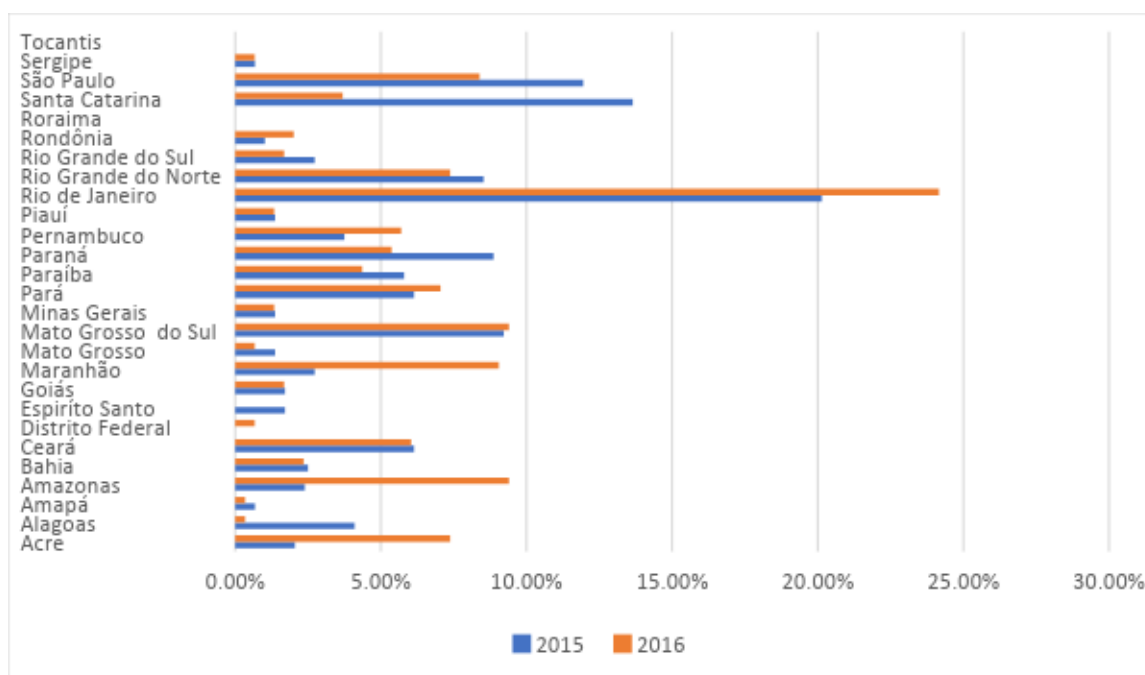


Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.5 Naturalidade da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre a naturalidade da população prisional no SPF. O Rio de Janeiro foi o estado mais referido como local de naturalidade dos presos, com 20,14% dos presos em 2015 e 24,16% em 2016. Em 2015, Santa Catarina ficou em 2º lugar com 13,65% dos presos e São Paulo ficou em 3º lugar com 11,95% presos. Em 2016 as colocações mudaram, Mato Grosso do Sul passou a ser o 2º lugar com 9,4% dos presos e São Paulo passou a ser o 3º lugar com 8,39% dos presos oriundos deste estado (ver gráfico 04).

Gráfico 04 – Distribuição da naturalidade da população prisional do SPF, 2015 e 2016.

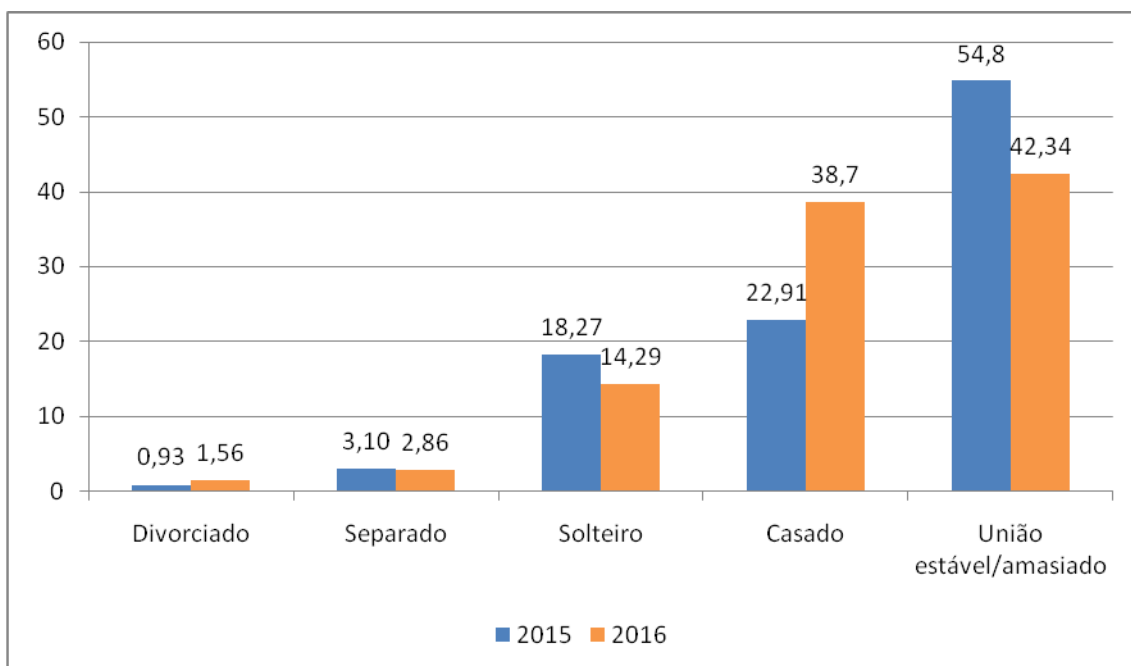


Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.6 Estado Civil da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre o estado civil da população prisional no SPF. A maioria expressiva dos presos se declara em um relacionamento com outra pessoa, seja na categoria casado ou na categoria de união estável. Em 2015, o valor somado dessas categorias chegou à 77,71% e em 2016 ficou em torno de 40% (ver gráfico 05).

Gráfico 05 – Distribuição do estado civil da população prisional do SPF, 2015 e 2016.

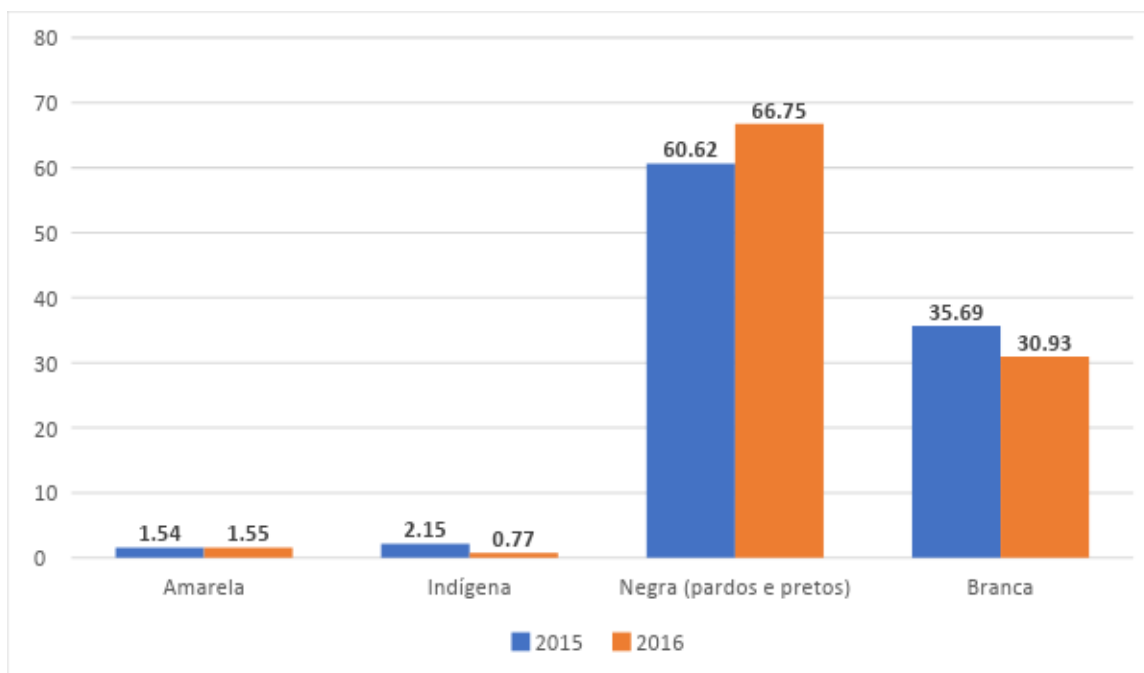


Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.7 Raça, cor da pele ou etnia da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre a raça, cor ou etnia da população prisional no SPF. Esse quesito tem uma expressão significativa quanto ao perfil da população negra, com 60,62% em 2015 e 66,75% em 2016, valor este que é praticamente duas vezes maior que o percentual da população branca no SPF, que em 2015 era de 35,69% e em 2016 passou para 30,63% (ver gráfico 06).

Gráfico 06 – Distribuição da raça, cor da pele ou etnia da população prisional do SPF, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

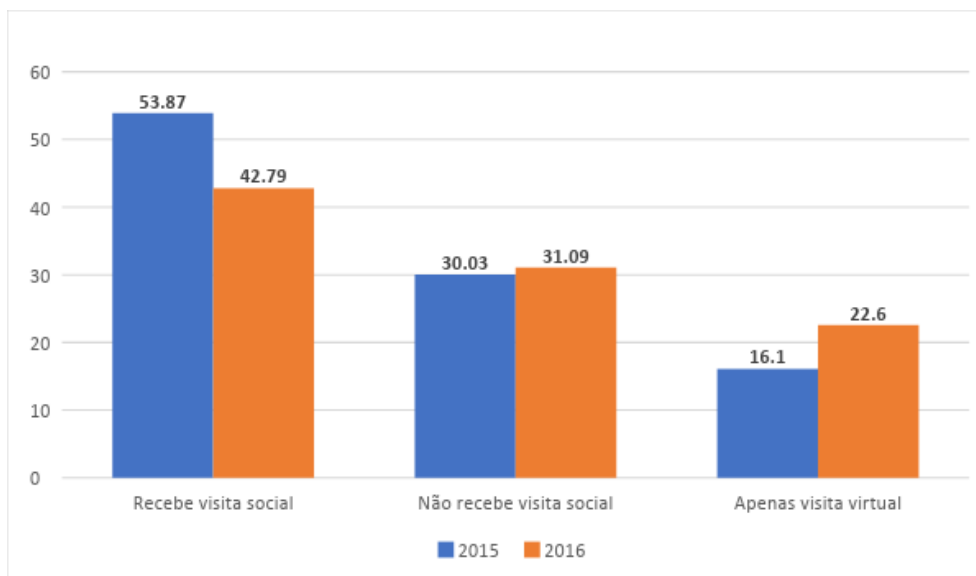
4.1.1.8 Visitas recebidas pela população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre visitas recebidas pelos presos no SPF. Como dito no início da seção, algumas respostas do DEPEN ficaram aquém do esperado e outras além do que foi perguntado. Esta forma ampliada alcançou o item de visitas recebidas, pois o órgão acrescentou um quesito, o qual o preso identificava o suposto motivo identificado por ele para o não recebimento visita.

Existem três categorias que compõem o levantamento: receber visita social, receber apenas visita virtual e não receber visita social. Se analisarmos a perspectiva das visitas sobre o aspecto de promoção do encontro ou da aproximação com o familiar, independente se o contato tiver sido pessoal ou à distância, optou-se por somar as visitas sociais e as visitas virtuais para chegar em um valor significativo do ponto de vista da manutenção do contato estabelecido com o núcleo social e/ou familiar. Adotando esta consideração, 69,97% dos presos e

65,39% dos presos, em 2015 e 2016, respectivamente, receberam algum tipo de visita (ver gráfico 07).

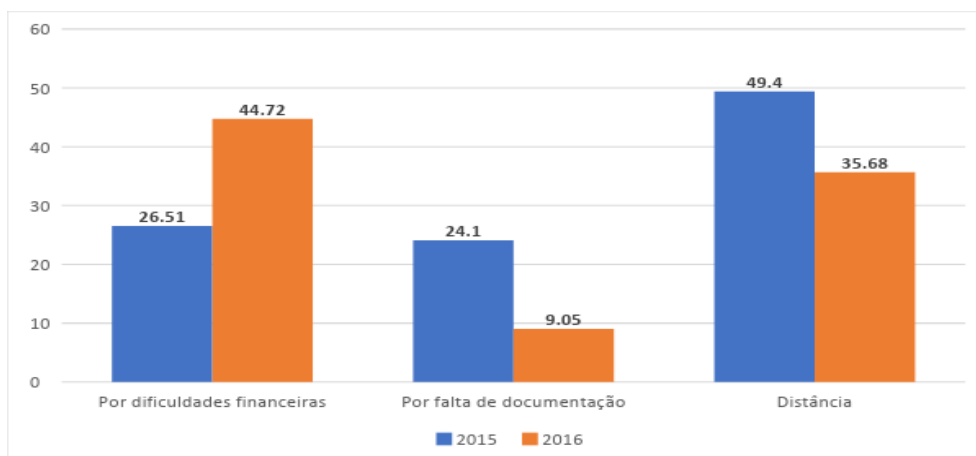
Gráfico 07 – Distribuição de visitas na população prisional do SPF, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

Dentre os presos que não receberam visita, foi solicitado que mais um item fosse respondido para identificar o motivo alegado pelo preso que justificasse o não recebimento de visita. Em 2015, o principal motivo foi a família morar longe da unidade penitenciária que o preso se encontra, com 49,4%, já em 2016 o principal motivo identificado como barreira à visita foi a dificuldade financeira com 44,72% (ver gráfico 08).

Gráfico 08 – Distribuição das razões para não receberem visitas na população prisional do SPF, 2015 e 2016.



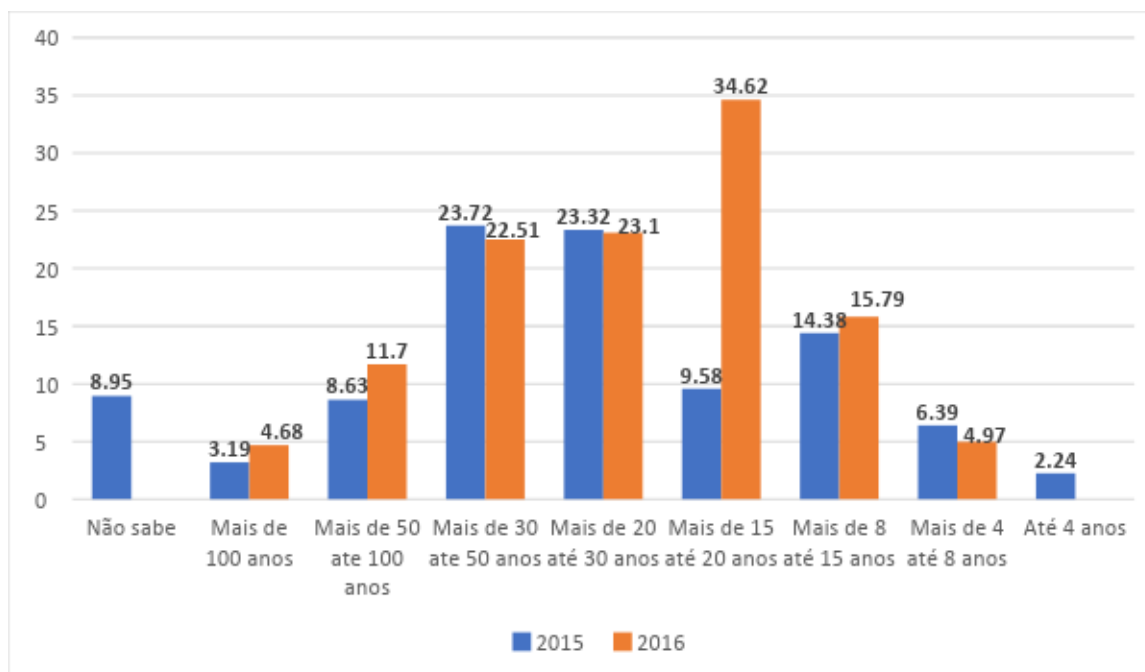
Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.1.9 Tempo total da pena recebido da população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre tempo total de pena dos presos do SPF. O último subitem da seção de informações gerais sobre a população prisional do SPF mostra um pico em 2016 quanto às condenações com mais de 15 anos e menos de 20 anos, chegando à 34,62% da população em estudo. Os dados revelam uma simetria entre os anos de 2015 e 2016 quanto às duas categorias: penas de mais de 20 até 30 anos e penas de mais de 30 até 50 anos.

Em uma análise geral dos dados referente ao tempo total de pena, identifica-se que a maioria da população prisional do SPF recebeu condenações acima de 15 anos de duração (ver gráfico 09).

Gráfico 09 – Distribuição do tempo de pena recebido pela população prisional do SPF, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.2 Informações de saúde, saúde mental, uso de álcool e outras drogas das PPL do SPF

4.1.2.1 Uso de drogas na população prisional do SPF

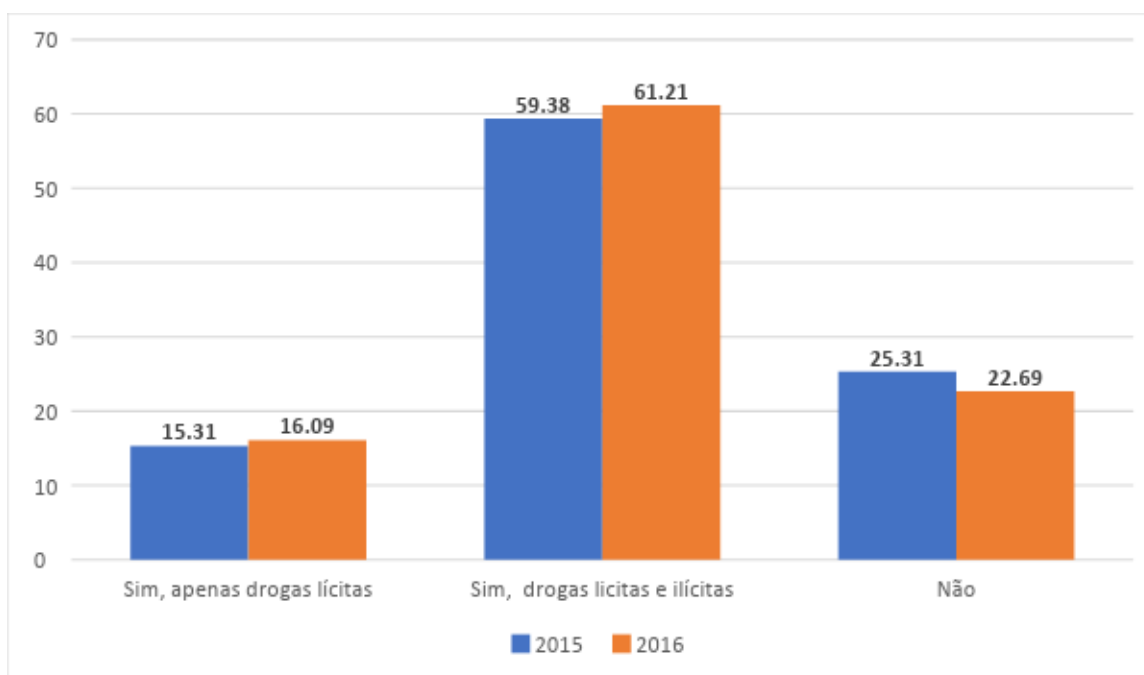
Neste primeiro tópico referente às informações de saúde, saúde mental e uso de álcool e outras drogas foram utilizadas duas fontes de dados: os anuários e a resposta do órgão via documento de informação, que trouxe dados de 2007 a 2018. Neste documento foi afirmado que no período indicado nunca foi identificado o uso de qualquer droga nas unidades do SPF.

Mediante a afirmativa do órgão, os dados que compõem o anuário são referentes ao uso de álcool e outras drogas antes da admissão no SPF, e vale salientar que a maioria dos presos do SPF é procedente do sistema penitenciário estadual.

Como dito no início da seção, algumas respostas do DEPEN ficaram aquém do esperado e outras ampliaram o que foi perguntado. Desta forma, em 2015 não existia a categoria específica sobre a droga de uso, portanto essa informação para 2015 não contemplou a solicitação por completo, mas a partir de 2016 a informação foi disponibilizada de acordo com a solicitação.

Em 2015, 74,69% dos presos alegaram que faziam uso de algum tipo de droga antes da admissão no SPF, sendo que 59,38% faziam uso de drogas ilícitas e lícitas. Em 2016, 77,3% dos presos relataram que faziam uso de algum tipo de droga antes da admissão no SPF, sendo que 61,21% faziam uso de drogas ilícitas e lícitas (ver gráfico 10).

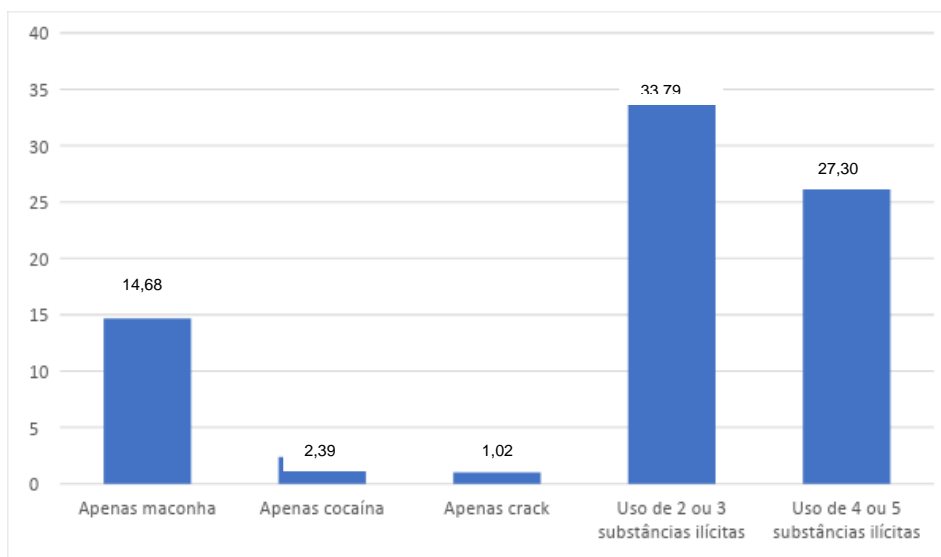
Gráfico 10 – Distribuição do uso de drogas anterior à admissão no SPF, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

A partir de 2016 foram criadas as categorias quanto ao tipo substância e o uso de múltiplas drogas. O uso exclusivo de maconha foi referido por 14,68% dos presos, o uso exclusivo de cocaína e de crack representam a minoria do percentual da população. O valor mais expressivo refere-se ao poli uso de substâncias ilícitas, com 61,09% da população (ver gráfico 11).

Gráfico 11 – Distribuição do uso de drogas anterior à admissão no SPF, por tipo de substância, 2016.



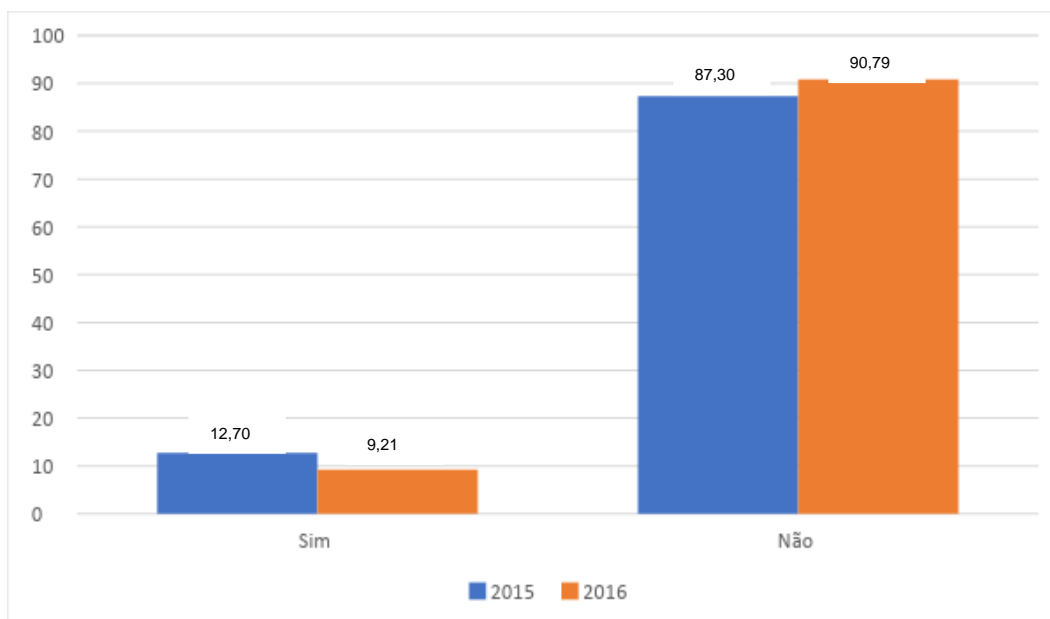
Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.2.2 Tentativa de suicídio na população prisional do SPF

Neste tópico utilizaram-se duas fontes de dados, os anuários e a resposta do órgão via documento de informação, que trouxeram dados de 2007 até 2017. A análise será descrita para cada fonte, tendo em vista que os documentos têm categorias diferentes.

Nos anuários a categoria referia-se a tentativa de suicídio ao longo da vida. Considerando toda a população penitenciária do SPF, 12,70% e 9,21%, nos anos de 2015 e 2016, respectivamente tentaram cometer suicídio em algum momento da vida (ver gráfico 12).

Gráfico 12 – Distribuição de tentativa de suicídio ao longo da vida pela população prisional do SPF, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

O documento de informação do DEPEN forneceu os dados referentes as tentativas de suicídios identificadas dentro das unidades penitenciárias de 2007 a 2017. Na PF Mossoró foram identificadas 3 tentativas de suicídio em 2011, 2014 e 2017. Na PF Porto Velho foram identificadas 3 tentativas de suicídio em 2013, 2014 e 2017. As unidades de Catanduvas e de Campo Grande não divulgaram as informações (ver tabela 02).

Tabela 02 – Número tentativas de suicídios nas unidades prisionais do SPF, 2007 a 2017.

Unidade	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mossoró	NE	NE	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Porto Velho	NE	NE	0	0	0	0	1	1	0	0	1
Catanduvas	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Campo Grande	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

Fonte e autoria: Penitenciárias Federais (Proc SEI 08016.010920/2018-14) NE= Não existia
NI= Não informado

4.1.2.3 Óbitos na população prisional do SPF

O documento de informação do DEPEN forneceu os dados referentes aos óbitos de presos que estavam no SPF de 2007 a 2017. Na PF Porto Velho e na PF Mossoró foram notificados dois óbitos em 2016, um por infarto e outro por endocardite bacteriana e choque cardiogênico, respectivamente.

Na PF de Catanduvás houve um óbito por septicemia em 2010 e um óbito por insuficiência cardíaca e infarto em 2014.

No tópico sobre óbitos constavam as informações referentes a ocorrência de suicídio nas unidades penitenciárias. Na PF de Catanduvás foram identificados dois suicídios, um em 2010 e outro em 2014. Na PF Campo Grande foram identificados suicídios, respectivamente, nos anos de 2011, 2013 e em 2015 (ver tabela 03).

Tabela 03 – Número óbitos nas unidades prisionais do SPF, classificação e causa da morte, 2007 a 2017.

Unidade	Ano	Classificação	Causa da morte
Porto Velho - RO	2016	Natural	Infarto
Mossoró - RN	2016	Natural	Endocardite Bacteriana e Choque cardiogênico
Catanduvás	2010	Violenta	Suicídio
	2010	Natural	Septicemia
	2014	Violenta	Suicídio
Faltou a informação	2014	Natural	Insuficiência cardíaca e infarto
Campo Grande	2011	Violenta	Suicídio
	2013	Violenta	Suicídio
	2015	Violenta	Suicídio

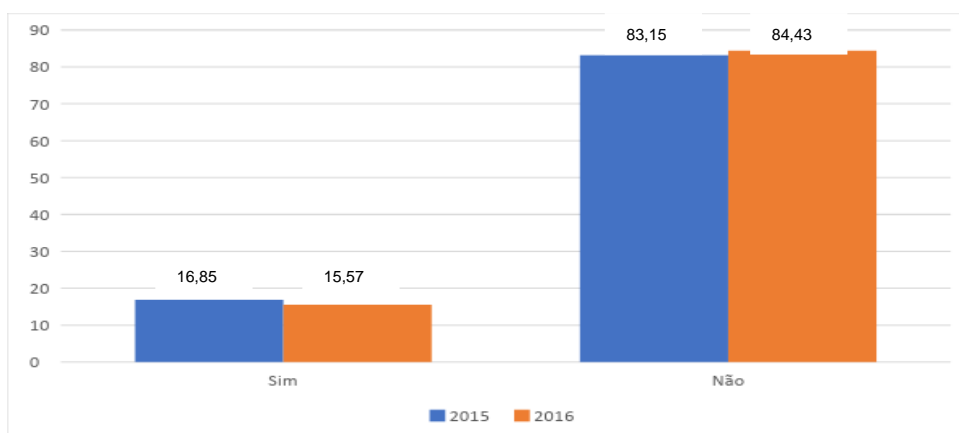
Fonte e autoria: DEPEN (E-SIC: 08850000440201803)

4.1.2.4 Abstinência na população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre abstinência na população prisional do SPF. Essa variável foi considerada significativa para o trabalho tendo como base a premissa do DEPEN em afirmar o não acesso à drogas dentro das penitenciárias federais e a admissão no SPF de presos que tinham acesso a drogas no sistema estadual, portanto seria interessante investigar a ocorrência de quadros de abstinência tendo em vista a possível quebra no uso de substâncias com a transferência para o SPF.

Foram identificados sintomas de abstinência em 16,85% e 15,57%, da população prisional do SPF em 2015 e em 2016, respectivamente (ver gráfico 13).

Gráfico 13 – Distribuição de abstinência na população prisional do SPF, 2015 e 2016.



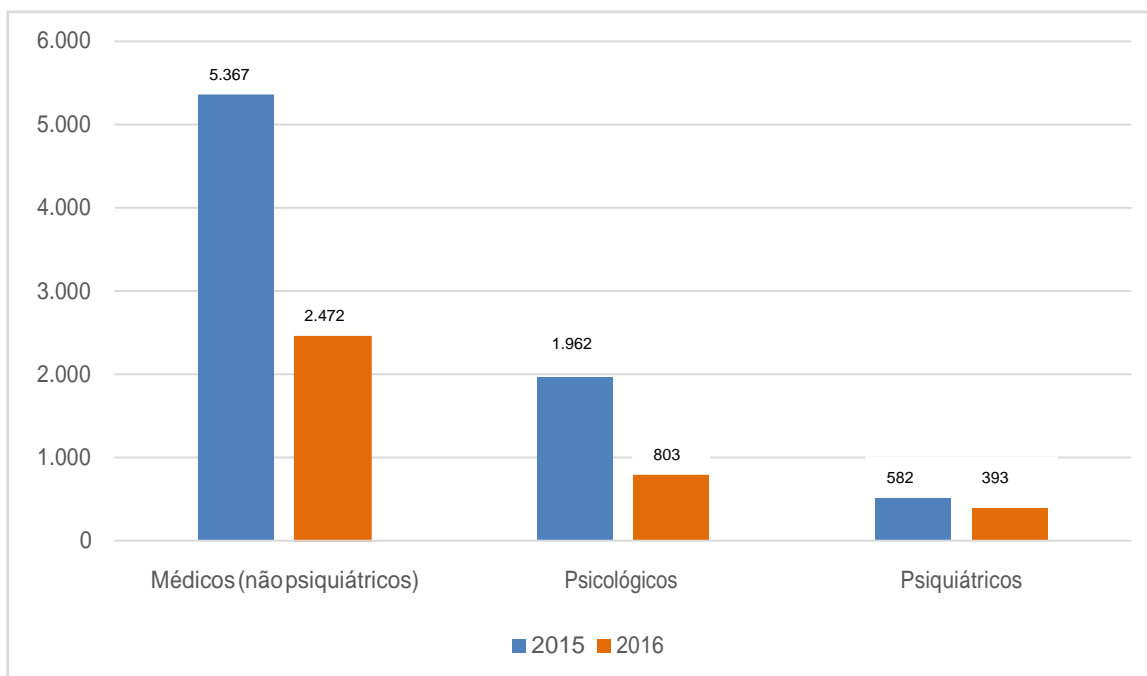
Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

4.1.2.5 atendimentos médicos (não psiquiátricos), psicológicos e psiquiátricos prestados à população prisional do SPF

Quanto aos números de atendimentos, serão consideradas as especialidades que mais receberam atribuições de cuidados em saúde e saúde mental (vide as atribuições dos cargos descritas no manual do tratamento penitenciário) que foram contabilizados para tentar identificar parte das práticas assistenciais oferecidas pelo DEPEN. Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre os atendimentos recebidos pela população prisional do SPF.

Os atendimentos médicos não psiquiátricos em 2015 chegaram a 5.367 e em 2016 caíram para 2.472. Os atendimentos psicológicos em 2015 chegaram a 1.962 e em 2016 caíram para 803. Os atendimentos com médicos psiquiatras em 2015 chegaram a 582 e em 2016 caíram para 393. Percebe-se que todos os atendimentos reduziram significativamente, e que em especial os atendimentos médicos e psicológicos reduziram em mais da metade do que foi realizado em 2015 em relação à 2016 (ver gráfico 14).

Gráfico 14 – Número de atendimentos médicos (não psiquiátricos), psicológicos e psiquiátricos prestados à população prisional no SPF, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

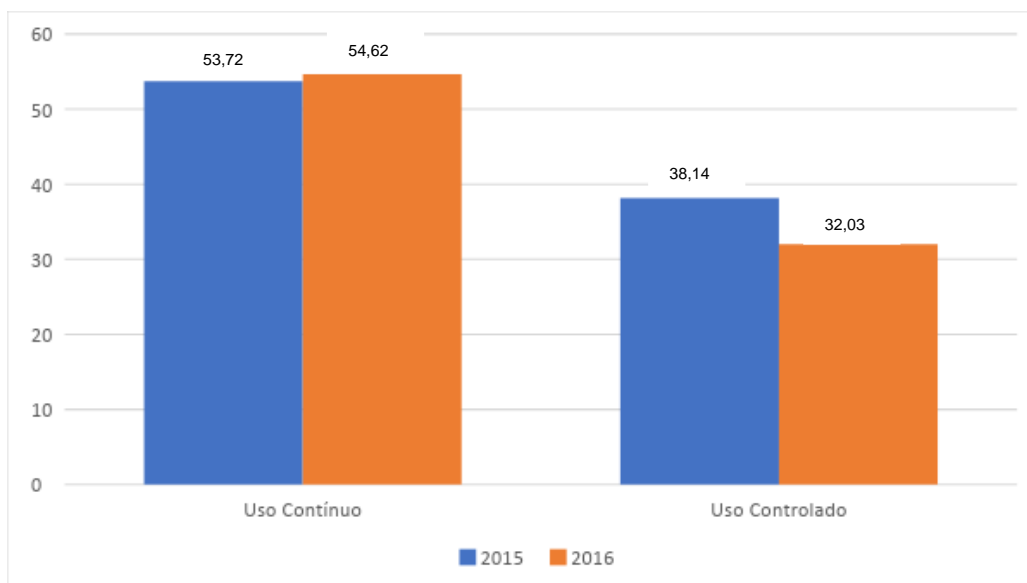
4.1.2.6 Uso de medicamento pela população prisional do SPF

Os anuários de 2015 e de 2016 foram utilizados para obter os dados sobre o uso de medicamento pela população prisional do SPF. Os anuários fazem uma separação entre medicamentos de uso contínuo e de uso controlado.

Segundo a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1988⁹⁰, os medicamentos de uso contínuo “São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizadas continuamente.”⁹⁰ e os medicamentos controlados “São os medicamentos cujo o uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem, tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade”⁹⁰.

Entre os anos de 2015 e 2016 os dados se mantiveram praticamente os mesmos para o uso de medicamentos contínuos, o que se justifica pelo tipo de medicamento, com 53,72% e 54,64%, respectivamente. Em relação aos medicamentos de uso controlado houve um decréscimo de 2015 para 2016, com 38,14% para 32,03% (ver gráfico 15).

Gráfico 15 – Número de presos do SPF que fazem uso de medicamentos contínuos e controlados, 2015 e 2016.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN.

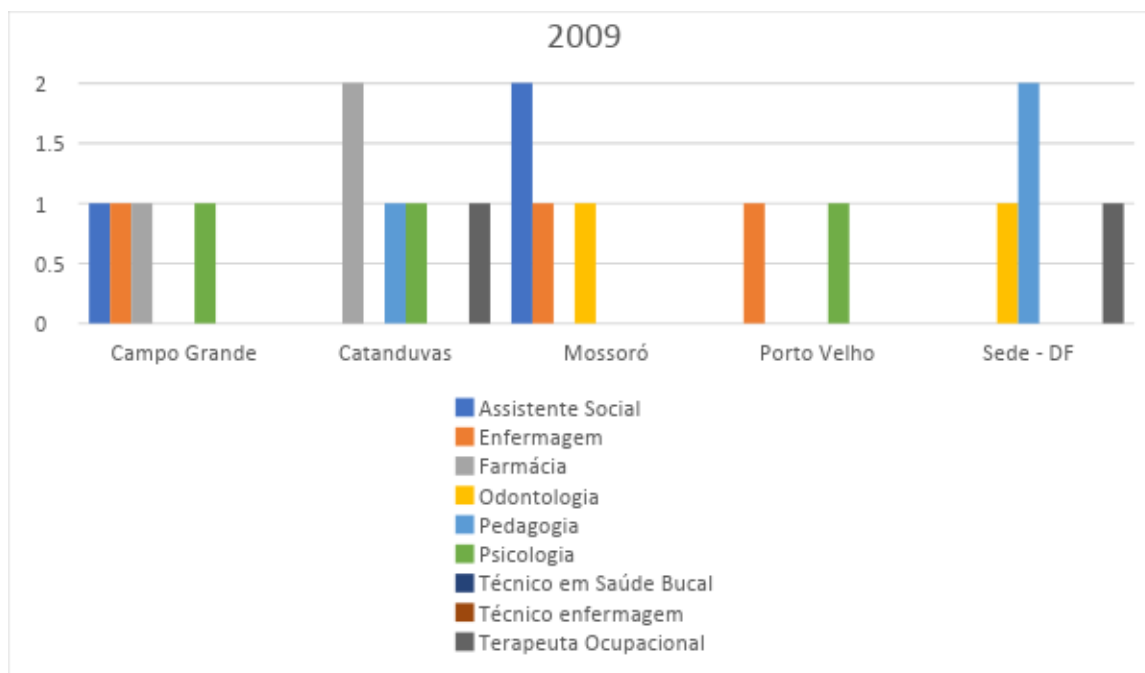
4.1.2.7 Equipe de especialistas e técnicos em assistência penitenciária do SPF

O documento de informação do DEPEN forneceu os dados referentes ao quadro de especialistas e técnicos em assistência penitenciária que ocupam cargos efetivos nas unidades penitenciárias de 2009 (ano que os cargos foram criados junto ao órgão) até 2017.

Percebe-se um baixo efetivo de todas as especialidades nas unidades no ano de 2009, tendo em vista que em nenhuma penitenciária do SPF tinha equipe completa de profissionais. No total haviam 19 servidores especialistas distribuídos nas unidades de funcionamento e na sede administrativa em Brasília.

PF de Campo Grande contava com 4 especialistas. PF de Catanduvas tinha 5 especialistas, sendo 2 da mesma área. PF de Mossoró tinha 4 especialistas, sendo 2 da mesma área. PF de Porto Velho contava apenas com dois profissionais de nível superior. À época, nenhuma unidade tinha servidor da área técnica (ver gráfico 16).

Gráfico 16 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2009.

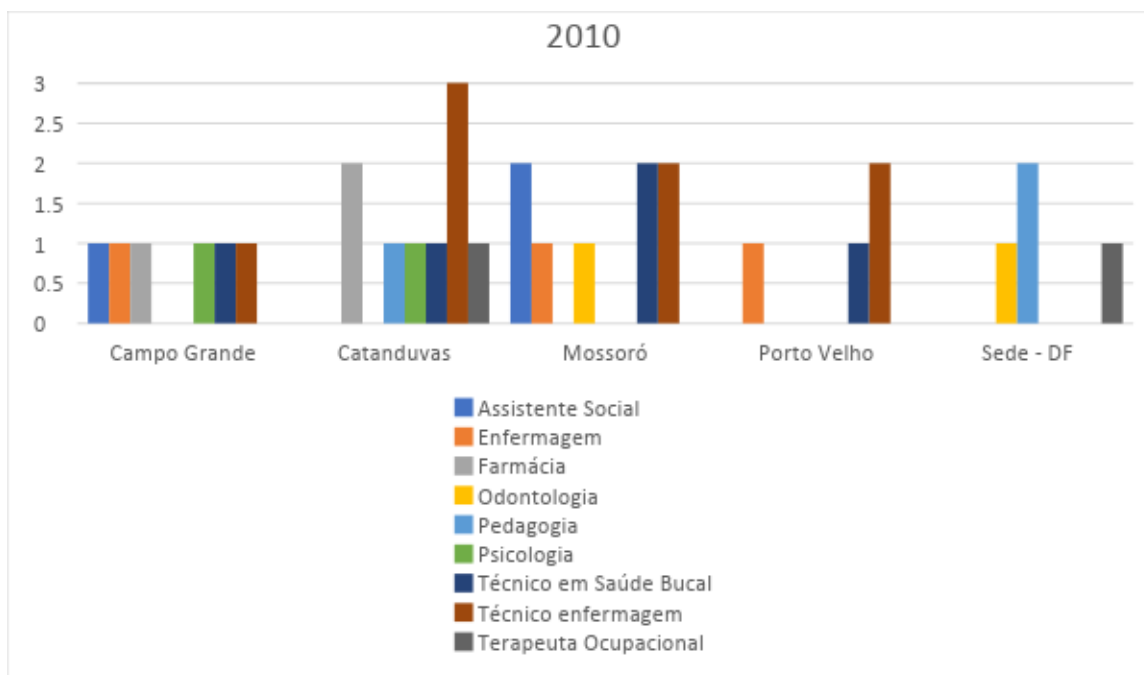


Elaboração própria. Fonte: DEPEN - COGEP (08016.010678/2018-71).

Em 2010 houve um aumento significativo de pessoal, que passou a ter em seu quadro 31 servidores da área de assistência penitenciária. Esse aumento ocorreu principalmente nas funções técnicas de saúde bucal e de enfermagem. Mesmo com o aumento, nenhuma penitenciária chegou a ter a equipe completa com profissionais de todas as categorias. A sede manteve seu quantitativo e a distribuição igual de 2009.

PF de Campo Grande recebeu um técnico em enfermagem e um técnico em saúde bucal. PF de Catanduvas recebeu três técnicos em enfermagem e um técnico em saúde bucal. PF de Mossoró recebeu dois técnicos em enfermagem e dois técnicos em saúde bucal. PF de Porto Velho deixou de ter a especialidade de psicologia, e recebeu dois técnicos em enfermagem e um técnico em saúde bucal (ver gráfico 17).

Gráfico 17 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2010.

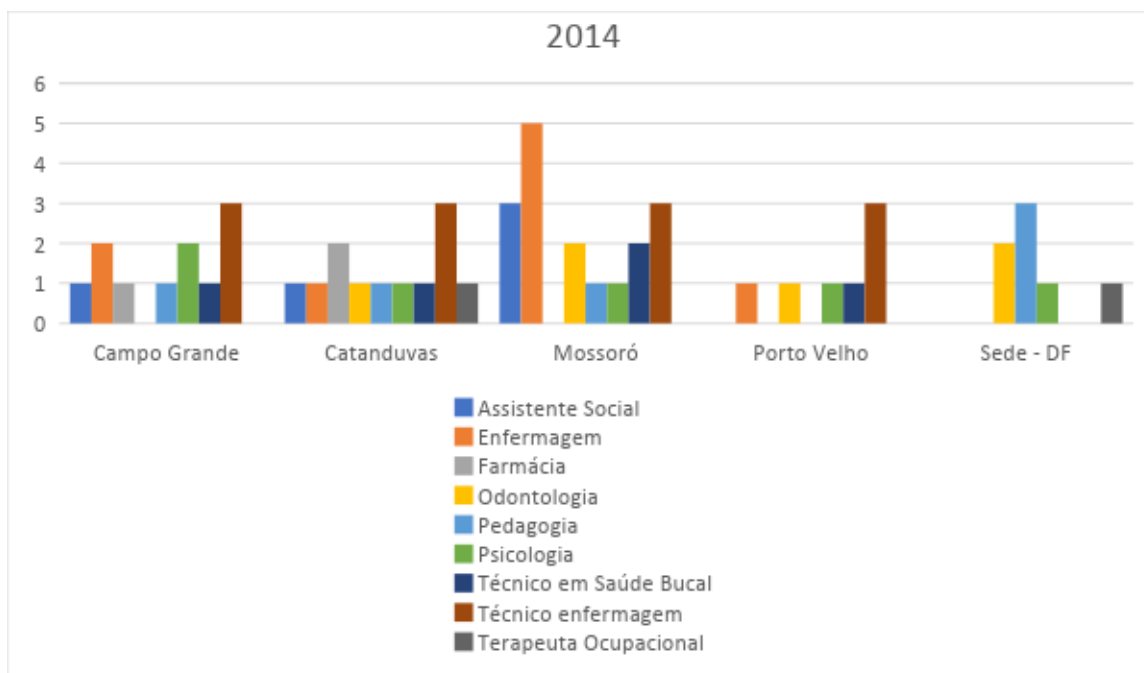


Elaboração própria. Fonte: DEPEN - COGEP (08016.010678/2018-71).

Houve um aumento significativo no efetivo em 2014, seguindo o mesmo movimento de 2010, pois o número passou para 54 servidores. A sede recebeu 3 servidores, mas ainda assim continuava sendo o setor com o menor efetivo de especialistas, o que sugere uma preferência por lotar os servidores junto à área de assistência nas PFs, em detrimento da área de administração e planejamento do órgão que acontece na sede.

A PF de Catanduvas conseguiu completar a equipe entre especialistas e técnicos. PF de Campo Grande só não contava com odontólogo e terapeuta ocupacional. A PF de Mossoró recebeu 9 novos servidores, faltando farmacêutico e terapeuta ocupacional para compor equipe completa. A PF Porto Velho recebeu 1 psicólogo, 1 odontólogo e 1 técnico de enfermagem (ver gráfico 18).

Gráfico 18 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2014.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN - COGEP (08016.010678/2018-71).

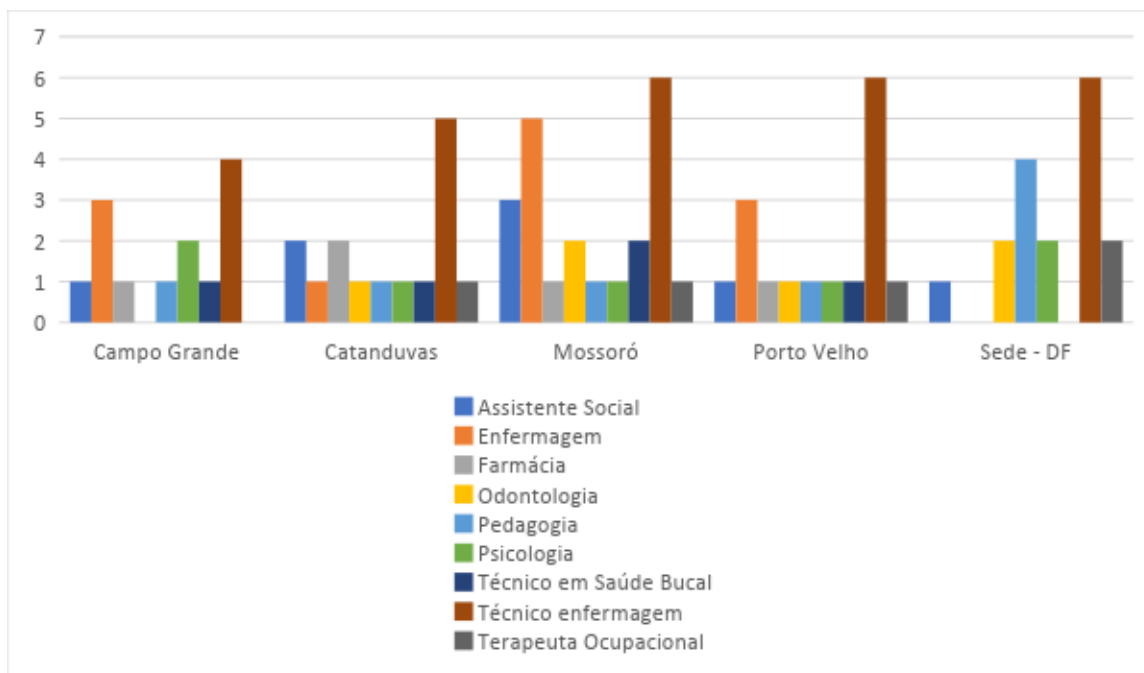
Foi feita a proporção entre o número de servidores (especialistas e técnicos) e o número de presos nas prisões do SPF. O ano de 2014 foi utilizado como referência para essa estimativa, tendo em vista que este foi o único ano que tinha disponível os dois dados necessários.

Resumidamente: Campo Grande tinha 12,71 PPL para cada especialista e 22,25 PPL para cada técnico; Catanduvas tinha 16,42 presos para cada especialista e 28,75 presos para cada técnico; Mossoró tinha 3,6 presos para cada especialista e 8,8 presos para cada técnico; Porto Velho tinha 36,3 presos para cada especialista e 22,25 presos para cada técnico.

Concluindo esta categoria, 2017 foi o último ano de referência dos dados, e tem um novo salto no crescimento, passando a ter 83 servidores no quadro de especialistas e técnicos do SPF. As PFs de Catanduvas, de Mossoró e de Porto Velho que estavam com os quadros completos, e receberam novos profissionais. A PF de Campo Grande recebeu 1 enfermeiro e 1 técnico em enfermagem, mas ainda permanece com os déficits nas especialidades referidas, ainda como em 2014. A

sede recebeu 10 servidores, faltando apenas a especialidade da farmácia e de técnico em saúde bucal (ver gráfico 19) para compor a equipe completa.

Gráfico 19 – Número de especialistas e técnicos em assistência penitenciária, por categoria profissional, por unidade prisional, 2017.



Elaboração própria. Fonte: DEPEN - COGEP (08016.010678/2018-71).

4.1.2.8 Tipo de vínculo referente aos atendimentos realizados por psicólogos

Os dados específicos quanto ao tipo de vínculo do profissional de psicologia serviriam para identificar se os atendimentos foram feitos integralmente pelos servidores do quadro do DEPEN ou se foram feitos atendimentos por psicólogos externos, sejam eles vinculados a unidades de saúde do SUS ou com outros vínculos. Infelizmente, essa classificação entre atendimentos externos e internos não foi respondida pelo órgão com precisão.

Pode-se pressupor que existindo um psicólogo na penitenciária para realizar o atendimento, não haveria necessidade de um procedimento externo de escolha para realizá-lo fora, até porque essa é uma das premissas das unidades de segurança

máxima, a fim de evitar a menor exposição do preso e a manutenção das atividades internamente.

O que pode ser analisado com base nos dados do quadro de servidores efetivos do DEPEN, levando em consideração somente os psicólogos lotados nas PFs, pois são os locais onde a assistência é feita junto aos presos, visto que o expediente na Sede é administrativo, tem-se que: em 2004 existiam 3 psicólogos, em 2010 existiam 2 psicólogos e que em 2014 e em 2017 existiam 5 psicólogos atuando nas penitenciárias.

Os números podem levantar questionamentos, quando considerado que foram realizados em 2015, 1.962 atendimentos e em 2016, 803 atendimentos. Se todos os atendimentos alegados pelo órgão tiverem sido realizados exclusivamente pelos psicólogos servidores do órgão, cada um dos profissionais teria sido responsável, em média, por 392 atendimentos em 2015 e por 160 atendimentos em 2016.

4.1.2.9 Tipo de vínculo do médico psiquiatra que atende as PPL do SPF

Os dados específicos quanto ao tipo de vínculo dos médicos psiquiatras serviriam para identificar se os atendimentos foram feitos por servidores do quadro do DEPEN ou se foram feitos atendimentos em unidades de saúde do SUS externas à PF. Infelizmente, os dados não foram respondidos pelo órgão. Porém, pode-se afirmar que não há médico de nenhuma especialidade no quadro de servidores efetivos do DEPEN.

Assim como foi feito no quesito de atendimento psicológico para explorar um pouco mais a questão do vínculo entre o prestador de serviço e a instituição, será feito para o atendimento médico. A ausência de informação quanto ao vínculo efetivo do atendimento médico resulta em uma menor clareza quanto à realização dos atendimentos, pois não se sabe se eles foram feitos por psiquiatras lotados em hospitais gerais, centros de saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), convênios e/ou contratos estabelecidos pelo órgão para prestar tais atendimentos. Dessa forma, sabe-se que em 2015 foram prestados 582 atendimentos psiquiátricos e que em 2016 esse número passou para 393, mas não há nenhuma informação sobre o vínculo dos profissionais que realizaram os atendimentos.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO ESTADUAL

Nesta seção do trabalho serão descritas as informações referentes ao sistema penitenciário estadual que foram disponibilizadas nos bancos de dados do INFOPEN dos anos de 2015 e 2016.

Nos resultados estão relacionadas as seguintes informações: aspectos sociodemográficas, as características de atendimento e assistência à saúde, informações relacionadas ao trabalho e ao ensino durante o cumprimento da pena.

É importante deixar claro que os dados obtidos na caracterização do SPF, não serão igualmente categorizados para o sistema estadual, devido a diversidade entre as fontes de dados e pela própria proporção do levantamento de cada sistema. Porém, mantém-se em comum o objetivo de caracterizar o sistema estadual como um todo e o perfil populacional dos sujeitos privados de liberdade em outros tipos de estabelecimentos penais, assim como foi feito para o SPF. As informações que não existirem em comum entre os sistemas serão discutidas de forma contextualizada e/ou analisadas qualitativamente na seção específica para tais considerações.

No sistema estadual existem diferentes tipos de instituições penitenciárias e níveis de segurança, como as casas de custódia, as cadeias públicas e as unidades de acolhimento para o regime semiaberto, diferentemente do SPF, que possui uma configuração estrutural para todo o sistema. Todas as unidades referidas no INFOPEN foram consideradas para efeito de caracterização do sistema estadual por completo.

A descrição dos dados estaduais será feita de forma objetiva com sistematizações em tabelas devido ao número de fontes que alimentaram os bancos de dados do INFOPEN e a necessidade de agregar algumas categorias de tal forma que viabilizasse a comparação posterior entre os sistemas prisionais.

4.2.1 Informações sociodemográficas das PPL do sistema penitenciário estadual

4.2.1.1 População, vagas e taxa de ocupação prisional nos estados

Inicialmente, é interessante informar as condições estruturais do sistema, para que se possibilite conhecer em seguida os detalhes relacionados à saúde física e mental dos detentos. Na tabela 04 estão as informações estruturais do sistema penitenciário estadual. É possível identificar o número de instituições relacionadas à

essa necessidade, o número de vagas existentes, o número de detentos e a taxa de ocupação.

Tabela 04 – Informações estruturais de instituições carcerárias – Brasil – 2015 e 2016

Informações -Estruturais	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Número de Instituições	1444	1446	0,14%
NúmerodeInstituições-QuestionárioPreenchido	1410	1418	0,57%
Número de Vagas - Masculino - Total	343120	340188	-0,85%
Número de Vagas - Feminino - Total	27159	27029	-0,48%
Número de Vagas - Total	370279	367217	-0,83%
População Prisional - Masculino - Total	625343	648423	3,69%
População Prisional - Feminino - Total	37380	41087	9,92%
População Prisional - Total	662723	689510	4,04%
Taxa de Ocupação (Detento(a)/Vaga)	1,789793	1,87766	4,91%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Das informações presentes na tabela 04, é possível constatar algumas alterações temporais nessas características, de forma relevante, como o aumento substancial da população carcerária feminina em 9,92% entre os anos em estudo. E, além disso, pode-se perceber o desajuste entre o crescimento da população carcerária de cerca de 4% com o decréscimo das vagas disponibilizadas no sistema penitenciário estadual de 0,86%. Essa diferença, pode ter forte influência nos danos e dificuldades para a saúde apresentados pelos detentos em vários aspectos, conforme será discutido a seguir.

Por fim, outra informação relevante na tabela 04 refere-se à taxa de ocupação do sistema carcerário, que passou de 1,78 preso por vaga em 2015 para 1,87 preso por vaga em 2016, um aumento de quase 5%. Esse descompasso entre os números fica ainda mais questionador quando é divulgado que 5 novas instituições prisionais foram identificadas e ao mesmo tempo houve uma redução no número de vagas.

4.2.1.2 Escolaridade da população prisional no sistema penitenciário estadual

A escolaridade é um aspecto sociodemográfico relevante para a caracterização da população prisional dos estados e para a compreensão do contexto geral, do envolvimento do detento (a) com a situação de privação de liberdade na qual se encontra.

Os dados ressaltam que tanto para os homens quanto para as mulheres há altíssima concentração do grau de instrução do ensino fundamental incompleto na distribuição da população prisional. As tabelas 05 e 06 apresentam as características da escolaridade para homens e mulheres, respectivamente.

Tabela 05 – Informações sociodemográficas de instituições carcerárias- Escolaridade – Homens – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Analfabeto	17061	16241	-4,81%
Alfabetizado (sem curso regular)	30236	27914	-7,68%
Ensino Fundamental Incompleto	216460	233723	7,98%
Ensino Fundamental Completo	57408	63455	10,53%
Ensino Médio Incompleto	60739	65055	7,11%
Ensino Médio Completo	37571	40805	8,61%
Ensino Superior Incompleto	3659	3643	-0,44%
Ensino Superior Completo	1797	1881	4,67%
Ensino acima de Superior Completo	90	63	-30%
Escolaridade não informada	31844	27863	-12,50%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Observando o campo “Variação 2015-2016” da tabela 06 identifica-se que tem aumentado em mais de 30% a entrada de mulheres presas que já começaram ou já concluíram o ensino superior, número muito superior se comparado com a categoria em relação aos homens.

Tabela 06 – Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Escolaridade – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Analfabeto	779	725	-6,93%
Alfabetizado (sem curso regular)	918	1038	13,07%
Ensino Fundamental Incompleto	13177	13338	1,22%
Ensino Fundamental Completo	4208	4466	6,13%
Ensino Médio Incompleto	4546	4972	9,37%
Ensino Médio Completo	4186	4353	3,99%
Ensino Superior Incompleto	508	594	16,93%
Ensino Superior Completo	319	361	13,17%
Ensino acima de Superior Completo	5	17	240%
Escolaridade não informada	1281	804	--37,24%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

4.2.1.3 Faixa etária da população prisional no sistema penitenciário estadual

Nas unidades estaduais observa-se que, tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino, há uma maior concentração nas faixas etárias de 18 a 24 anos e de 25 a 29 anos, com participação de 52,88% e 54,11% nos homens e 48,44% e 48,59% para as mulheres, nos anos 2015 e 2016, respectivamente.

É possível identificar que para ambos os sexos o valor percentual é ainda mais concentrado na primeira categoria, que são de adultos até 24 anos. As tabelas 07 e 08 apresentam os dados referentes à faixa etária para homens e mulheres, respectivamente.

Tabela 07 – Informações sociodemográficas de instituições carcerárias – Faixa Etária - Homens – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
18 a 24 anos	131937	147649	11,91%
25 a 29 anos	112077	119487	6,61%
30 a 34 anos	87203	90715	4,03%
35 a 45 anos	85853	89602	4,37%
46 a 60 anos	30793	31547	2,45%
61 a 70 anos	4477	4755	6,21%
Mais de 70 anos	666	731	9,76%
Idade não informada	8333	9153	9,84%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Considerando o campo “Variação 2015-2016” da tabela 07, é perceptível a tendência de aprisionamento sobre os homens jovens, pois foi essa categoria que mais aumentou entre os anos de referência para o estudo. Já no mesmo campo de “Variação 2015-2016” na tabela 08 percebe-se uma distribuição mais equiparada entre as categorias da idade adulta.

Tabela 08 – Informações Sociodemográficas de instituições carcerárias – Faixa Etária - Mulheres – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
18 a 24 anos	7870	8322	5,74%
25 a 29 anos	6786	7024	3,51%
30 a 34 anos	5187	5478	5,61%
35 a 45 anos	6212	6526	5,05%
46 a 60 anos	2695	2747	1,93%
61 a 70 anos	316	376	18,99%
Mais de 70 anos	24	28	16,67%
Idade não informada	1221	1080	-11,55%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Os valores para a faixa etária de mulheres idosas (a partir de 61 anos) é significativa, o que pode indicar que essas mulheres estão envelhecendo no regime prisional o que pode ser analisado sob diferentes perspectivas como o referencial da dependência institucional, do abandono familiar e do maior tempo de exposição aos efeitos prisionais e a implicação desses fatores no envelhecer.

4.2.1.4 Estado civil da população prisional no sistema penitenciário estadual

Outra característica importante a ser levada em consideração em um contexto maior da análise no sistema estadual consiste no estado civil das PPL. Essa variável tem relevância nos aspectos que serão avaliados no decorrer da discussão do estudo. As tabelas 09 e 10 apresentam os sobre o estado civil de homens e mulheres do sistema penitenciário estadual.

Tabela 09 – Informações Sociodemográficas de instituições carcerárias – Estado Civil– Homens – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Solteiro	227604	249493	9,62%
União estável / amasiado	108953	115817	6,30%
Casado	36411	38286	5,15%
Separado judicialmente	4955	4795	-3,23%
Divorciado	7336	6126	-16,49%
Viúvo	2373	2081	-12,31%
Estado civil não informado	28608	31417	9,82%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Esses dados trazem informações significativas do aspecto familiar e social dos detentos. Vale ressaltar que tanto homens quanto mulheres têm concentração na condição de estado civil de solteiro(a). Em 2016, 60,32% dos homens presos estavam solteiros e 58% das mulheres estavam solteiras.

Tabela 10 – Informações Sociodemográficas de instituições carcerárias – Estado Civil– Mulheres – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Solteira	15187	15936	4,93%
União estável / amasiada	5745	5946	3,50%
Casada	2192	2183	-0,41%
Separada judicialmente	317	462	45,74%
Divorciada	618	537	-13,11%
Viúva	577	575	-0,35%
Estado civil não informado	1993	1698	-14,80%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

4.2.1.5 Raça, cor da pele ou etnia da população prisional no sistema penitenciário estadual

Outro fator importante para a análise presente nesse texto está relacionado com a raça, cor da pele ou etnia dos detentos. As tabelas 11 e 12 apresentam esses quantitativos para os homens e para as mulheres, respectivamente.

Há predominância da designação da raça, cor da pele ou etnia parda, tanto para ambos os sexos. Vale destacar que, em 2016, 45,26% de homens e 45,58% das mulheres privadas de liberdade se declaram pardos.

Para trazer uma equiparação entre as categorias, que será importante para o momento seguinte de comparação entre os sistemas penitenciários em estudo, as categorias “preta” e “parda” serão consideradas em conjunto compondo a população negra. Fazendo essa soma, dentre toda a população prisional estadual, a população negra foi de 61,90% para homens e 60,56% para mulheres, em 2015. Em 2016, os homens negros representavam 62,52% da população total, e as mulheres negras representavam 60,18%.

Tabela 11 – Informações Sociodemográficas de instituições carcerárias – Raça, cor da pele ou etnia – Homens – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Branca	152504	161594	5,96%
Preta	77152	81773	5,99%
Parda	194575	214427	10,20%
Amarela	2815	2676	-4,94%
Indígena	735	552	-24,90%
Outras	1668	2539	52,22%
Raça não informada	9461	10143	7,21%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

O campo “Variação 2015-2016” da tabela acima mostra que a população que mais aumentou entre os anos de referência é a preta e parda, o que indica que a tendência de aprisionamento se manteve concentrada nessas populações, as quais são maioria absoluta no sistema penitenciário estadual.

Tabela 12 – Informações Sociodemográficas de instituições carcerárias – Raça, cor da pele ou etnia – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Sociodemográficas	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Branca	10203	10837	6,21%
Preta	4448	4468	0,45%
Parda	13571	13951	2,80%
Amarela	213	188	-11,74%
Indígena	35	38	8,57%
Outras	86	102	18,60%
Raça não informada	1197	1018	-14,95%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

4.2.1.6 Visitas recebidas pelas PPL no sistema penitenciário estadual

As informações sobre as visitas recebidas pelas PPL nos estados é uma variável importante que será considerada neste trabalho. Nesse contexto, os dados que disponibilizados fazem referência à presença ou não de registro de visitas pelo estabelecimento prisional e a quantidade de visitas no referido ano. As tabelas 13 e 14 resumizam esses números.

Tabela 13 – Informações de Visitas - Registro– Brasil – 2015 e 2016

Informações - Visitas - Registro	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Sim, para parte das pessoas privadas de liberdade	218	214	-1,83%
Sim, para todas as pessoas privadas de liberdade	675	746	10,52%
Não	516	453	-12,21%
Sem informação	35	36	2,86%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

As informações sobre a variável “Visita” fazem referência para ambos os sexos, pois o banco de dados não subdividiu a variável quanto ao gênero. Das 1.444 unidades prisionais identificadas em 2015 apenas 46,75% atestaram que as visitas aconteceram para todas as PPL, assim há que se pensar possíveis barreiras existentes para que esse direito não esteja sendo registrado ou assegurado pelas unidades responsáveis.

Tabela 14 – Informações de Visitas – Quantitativo – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Visitas - Registro	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Número de Visitas	7.917.075	4.744.516	-40,07%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Retomando as informações iniciais da tabela 04, que diz que em 2015 a população prisional nos estados era de 662.723 PPL, e nesse ano foram recebidas 7.917.075 visitas, se calculando uma proporção de quantidade de visitas recebidas por pessoa, chega-se ao valor de 11,94 visitas ao longo do ano, e realizando a mesma conta para o ano de 2016, o valor diminuiu para 6,88 visitas.

4.2.1.7 Trabalho e ensino durante a execução penal no sistema penitenciário estadual

Outras variáveis são interessantes para a análise e discussão propostas nesse trabalho, as quais fazem referência ao trabalho e à educação, que são atividades que as PPL do sistema estadual podem estar inseridas durante o cumprimento da pena. As tabelas 15 e 16 trazem informações sobre o tipo de trabalho realizado pelos detentos, dividido entre trabalhos internos ou externos à prisão, e por sexo.

Considerando o trabalho como variável que compõem o perfil das PPL, mais uma vez retoma-se o quantitativo da população prisional referido na tabela 04, que refere 625.343 homens privados de liberdade em 2015, e em 2016 de 648.423; valendo-se dos números apresentados na tabela 15 para calcular a proporção entre as variáveis analisadas chega-se ao dados de que 6,81% dos homens privados de liberdade homens trabalhavam em 2015 e 6,76% deles trabalhavam em 2016.

Tabela 15 – Informações de Trabalho – Homens- Brasil – 2015 e 2016

Informações - Trabalho	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Trabalho externo setor primário (rural, agrícola e artesanato)	1273	1531	20,27%
Trabalho externo setor secundário (industrial e construção civil)	4215	5538	31,39%
Trabalho externo setor terciário (serviços)	4806	4404	-8,36%
Total Externo	10294	11473	11,45%
Trabalho interno setor primário (rural, agrícola e artesanato)	17060	11440	-32,84%
Trabalho interno setor secundário (industrial e construção civil)	6439	10751	66,97%
Trabalho interno setor terciário (serviços)	8824	10183	15,40%
Total Interno	32323	32374	0,16%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Analisar a variável “trabalho” sob o recorte de gênero, retomando as informações da tabela 04 que refere o número de mulheres em 2015 de 37.380, e em 2016 de 41.087, e utilizando os dados da tabela 16 para estabelecer a proporção de mulheres que trabalham durante a execução penal, chega-se aos seguintes valores: 11,72% delas trabalhavam em 2015 e 12,58% delas trabalhavam em 2016. Assim, pode-se perceber que o valor percentual de mulheres que trabalham é praticamente o dobro do valor percentual de homens presos que trabalham.

Tabela 16 – Informações de Trabalho – Mulheres- Brasil – 2015 e 2016

Informações - Trabalho	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Trabalho externo setor primário (rural, agrícola e artesanato)	32	53	65,63%
Trabalho externo setor secundário (industrial e construção civil)	542	396	-26,94%
Trabalho externo setor terciário (serviços)	449	776	72,83%
Total Externo	1023	1225	19,75%
Trabalho interno setor primário (rural, agrícola e artesanato)	1472	1384	-5,98%
Trabalho interno setor secundário (industrial e construção civil)	435	826	89,89%
Trabalho interno setor terciário (serviços)	1452	1736	19,56%
Total Interno	3359	3946	17,48%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Essa variável traz em si uma questão interessante para ser pensada na discussão, tendo em vista a ociosidade e o subaproveitamento da força de trabalho, que poderia ser aplicada em prol de uma formação técnica e na possibilidade da remissão da pena pelo trabalho, que diminuiria o tempo no regime prisional.

As tabelas 17 e 18 apresentam dados sobre as modalidades de ensino disponíveis às PPL, considerando homens e mulheres, respectivamente.

Tabela 17 – Informações de Educação e Ensino – Homens- Brasil – 2015 e 2016

Informações - Educação e Ensino	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Presencial	50997	53.436	4,78%
Ensino à distância	822	1375	67,27%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Em 2015, 8,29% dos homens presos estavam vinculados a atividade de ensino e em 2016, esse valor passou para 8,45%. Assim como para a variável "trabalho", as mulheres apresentam percentuais maiores em relação ao ensino, visto que em 2015, 22,28% delas estavam vinculadas à essa atividade e em 2016 esse valor diminuiu para 19,91%.

Tabela 18 – Informações de Educação e Ensino – Mulheres- Brasil – 2015 e 2016

Informações - Educação e Ensino	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Presencial	8164	8.150	-0,17%
Ensino à distância	166	31	81,33%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

De forma geral, os valores percentuais de PPL que têm acesso ao trabalho e ao ensino durante a execução penal são extremamente baixos, o que denuncia a falta de incentivos à qualificação profissional, que se fosse numericamente mais expressiva ampliaria a possibilidade de reinserção social em melhores condições econômicas e instrutivas das PPL.

4.2.2 Informações de saúde da população do sistema penitenciário estadual

Esta seção traz informações que dizem respeito à assistência à saúde dos detentos do sistema penitenciário estadual, que é um aspecto importante na análise central deste trabalho.

Estão apresentadas na tabela 19, para ambos os sexos, as informações acerca da quantidade de consultórios médicos, consultórios odontológicos, sala de coleta de material de laboratório, sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem; cela de observação, cela de enfermaria com solário, sanitário para pacientes, sanitários para a equipe de saúde e farmácia ou sala de estoque/dispensação de medicamentos.

Tabela 19 – Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Estrutura Física– Brasil – 2015 e 2016

Informações - Atenção à Saúde	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Consultório médico	776	796	2,58%
Consultório odontológico	629	651	3,50%
Sala de coleta de material para laboratório	337	344	2,08%
Sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem	696	704	1,15%
Cela de observação	779	812	4,24%
Cela de enfermaria com solário	418	406	-2,87%
Sanitário para pacientes	1229	1260	2,52%
Sanitários para equipe de saúde	870	880	1,15%
Farmácia ou sala de estoque/dispensação de medicamentos	659	680	3,19%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Utilizando as informações da tabela 19 e considerando os dados da tabela 04, referente ao número de instituições, podem-se chegar as informações que em 2015, 53,73% das unidades tinham consultório médico; 43,55% delas tinham consultório odontológico e 45,63% tinham farmácia ou local para dispensação de medicamentos. Os dados sofreram poucas alterações no ano de 2016: 55,04% das unidades tinham consultório médico; 45,02% tinham consultório odontológico e 47,02% tinham farmácia ou local para dispensação de medicamentos.

Ainda no aspecto de atenção à saúde do detento é necessário evidenciar o quantitativo de profissionais de saúde que compreendem o conjunto de profissionais para esse atendimento (de servidor efetivo até temporário). A tabela 20 apresenta os quantitativos de profissionais das seguintes formações: enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem, psicólogos, dentistas, técnico/auxiliar odontológico, assistente social, médico e terapeuta/ terapeuta ocupacional presentes no serviço de assistência no âmbito carcerário estadual, para os anos em análise.

Tabela 20 – Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Estrutura Profissionais – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Atenção à Saúde	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Enfermeiros	1096	1098	0,18%
Auxiliar e Técnico em enfermagem	2245	2246	0,04%
Psicólogo	1267	1265	-0,15%
Dentistas	621	626	0,81%
Técnico/auxiliar odontológico	288	288	0,00%
Assistente Social	1402	1397	-0,35%
Médico	834	826	-0,96%
Terapeuta / Terapeuta Ocupacional	85	85	0,00%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Dos dados existentes na tabela 04 e na tabela 20, é possível retirar algumas razões relevantes para as informações presentes no restante do trabalho. Por exemplo, podemos observar a razão entre o número de detentos por médico e o número de detentos por psicólogo. Para o ano de 2016 têm-se os seguintes valores: 1 médico para cada 835 detentos e 1 psicólogo para 545 detentos. Esses fatores mencionados têm participação relevante na condição da saúde daqueles com restrição de liberdade no Brasil.

Observando o campo “Variação 2015-2016” identifica-se quase que uma estagnação no número de profissionais da área da saúde, se considerando o aumento da população prisional brasileira. Esse desajuste culmina em um déficit assistencial significativo que tem efeitos primários junto ao sistema prisional, que deverá dar conta de uma população desassistida e efeitos secundários junto aos sistemas municipais e estaduais de saúde, que provavelmente serão as instâncias

que receberão essa população em algum momento futuro ou em algum nível de complexidade.

Por fim, com o intuito de detalharmos ainda mais as informações de saúde já presentes, mostrar-se-ão as quantidades de consultas médicas realizadas externamente, consultas médicas realizadas no estabelecimento e consultas psicológicas. Nas tabelas 21 e 22 esses valores são apresentados para homens e mulheres, respectivamente.

Tabela 21 – Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de Atendimentos – Homens – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Atenção à Saúde	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Consultas médicas realizadas externamente	168678	102937	-38,97%
Consultas médicas realizadas no estabelecimento	649850	389099	-40,12%
Consultas psicológicas	384049	220482	-42,59%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Os dados presentes nas tabelas 21 e 22 permitem verificar um dado alarmante no contexto de assistência à saúde do detento: no menor dos decréscimos observados houve uma diminuição de 38,79% na assistência realizada externamente para o sexo feminino, além disso, observa-se um decréscimo de mais de 45% no atendimento psicológico fornecido às mulheres presas.

Tabela 22 – Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de Atendimentos – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Atenção à Saúde	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Consultas médicas realizadas externamente	33145	20951	-36,79%
Consultas médicas realizadas no estabelecimento	108807	59398	-45,41%
Consultas psicológicas	45876	24890	-45,75%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

Os dados relacionados aos óbitos dentro do sistema penitenciário estadual são variável balizadora no presente estudo. Essas informações serão segregadas nos seguintes grupos: óbito natural/por motivo de saúde, óbito criminal, óbitos suicídios, óbitos acidentais e óbitos com causa desconhecida. Nas tabelas 23 e 24 estão apresentados os dados quantitativos, para homens e mulheres, respectivamente.

Tabela 23 – Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de Óbitos – Homens – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Atenção à Saúde	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Óbitos naturais/óbitos por motivos de saúde	851	462	-84,19%
Óbitos criminais	344	192	-79,16%
Óbitos suicídios	118	46	61,02%
Óbitos acidentais	38	23	-65,21%
Óbitos com causa desconhecida	103	101	-1,98%
Total de Óbitos	1454	824	-76,45%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

As tabelas 23 e 24 trazem luz às informações relevantes em relação à mortalidade no sistema penitenciário estadual, uma delas diz respeito à diminuição da taxa de suicídios nas instituições. Essa informação é de suma importância para compreender como esse tipo de fenômeno ocorre nos presídios brasileiros, e tentar identificar os fatores protetivos e os fatores prejudiciais que estão inerentes a vivência prisional.

Tabela 24 – Informações de Atenção à Saúde de instituições carcerárias – Número de Óbitos – Mulheres – Brasil – 2015 e 2016

Informações - Atenção à Saúde	2015	2016	Variação 2015 - 2016
Óbitos naturais/óbitos por motivos de saúde	69	32	-53,62%
Óbitos criminais	2	2	0,00%
Óbitos suicídios	17	6	-64,71
Óbitos acidentais	1	0	-100%
Óbitos com causa desconhecida	2	3	50,00%
Total de Óbitos	91	43	-52,75%

Elaboração própria; Fonte: INFOPEN.

4.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS ESTADUAIS

No escopo do sistema penitenciário estadual observou-se a presença de categorias ou tipo de estabelecimento nesse sistema. Esses tipos e a distribuição deles no sistema estão apresentados na tabela 25.

Tabela 25 - Tipos de Estabelecimento – Sistema Penitenciário Estadual - 2016

Tipo de Estabelecimento	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Cadeia Pública	186	27,03%
Casa do albergado	10	1,45%
Centro de Detenção Provisória	65	9,45%
Centro de Progressão Penitenciária	11	1,60%
Centro de Ressocialização	30	4,36%
Colônia agrícola, industrial ou similar	13	1,89%
Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico - HCTP	8	1,16%
Outro	103	14,97%
Patronato	1	0,15%
Penitenciária	183	26,60%
Unidade de Regime Semiaberto	38	5,52%
Unidade de Recolhimento Provisório	34	4,94%
Sem Tipificação	6	0,87%
Total	688	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Foram citados 13 tipos de estabelecimentos prisionais na esfera estadual, valor este que ultrapassa os seis tipos descritos na legislação que regulamenta as unidades prisionais do país⁵³, como a classificação “outro” e “sem tipificação”, conforme apresentado na tabela 25. As unidades prisionais que não haviam respondido o questionário por completo foram excluídas da classificação quanto ao tipo de estabelecimento, tendo em vista a necessidade de resposta ao item.

Mesmo com esta discordância entre a quantidade de tipos de estabelecimentos prisionais prevista na legislação e a informada pelo INFOPEN, foram consideradas todas as informações disponíveis no banco de dados, uma vez que outras configurações prisionais podem ter passado a existir, ou a se identificar nestas tipologias “novas” para suprir necessidades territoriais excepcionais no âmbito prático da execução penal, ainda que não estejam regulamentadas em lei.

Dessa maneira, aglutinou-se os quatro índices sintéticos calculados para cada uma das instituições nos tipos acima apresentados por meio da média aritmética dos índices das respectivas instituições. Assim, será possível analisarmos por diferentes escopos as semelhanças e diferenças dos tipos de estabelecimentos presentes no sistema penitenciário estadual. Na Tabela 26 estão apresentados os valores para os índices agregados conforme explicitado no parágrafo anterior.

Tabela 26 – Índices sintéticos por tipo de estabelecimento do sistema penitenciário estadual brasileiro, 2016

Tipo de Estabelecimento	Ind_Sint1	Ind_Sint2	Ind_Sint3	Ind_Sint4
Cadeia Pública	0,0596	0,0619	0,1100	0,0771
Casa do albergado	0,1429	0,1545	0,2508	0,1826
Centro de Detenção Provisória	0,1226	0,1207	0,2313	0,1580
Centro de Progressão Penitenciária	0,1284	0,1275	0,2481	0,1679
Centro de Ressocialização	0,1350	0,1332	0,2455	0,1711
Colônia agrícola, industrial ou similar	0,1069	0,1041	0,1928	0,1345
Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico - HCTP	0,2570	0,1982	0,2373	0,2314
Outro	0,0986	0,0964	0,1775	0,1241
Patronato	0,1414	0,1313	0,2351	0,1692
Penitenciária	0,1073	0,1052	0,1948	0,1357
Sem Tipificação	0,1120	0,1065	0,1967	0,1384
Unidade de Regime Semiaberto	0,1104	0,1080	0,2045	0,1409
Unidade de Recolhimento Provisório	0,0935	0,0895	0,1619	0,1149
Total Geral	0,1243	0,1182	0,2066	0,1497

Fonte: Elaboração própria.

A comparação numérica entre os estabelecimentos penitenciários estaduais permite verificar a diferença substancial, em quaisquer das abordagens entre as cadeias públicas e as penitenciárias.

Os índices descritos na tabela 26 permitem verificar um distanciamento dos HCTP sem relação ao demais tipos de estabelecimentos. Essa diferença é esperada, tendo em vista que o índice sintético 01 está, em sua definição, fortemente baseado nas informações acerca da atenção à saúde do detento.

O índice 01, que corresponde à dimensão de Atenção à Saúde, foi constatado que dentre todos os estabelecimentos, os HCTP tiveram o valor mais alto com 0,2570 enquanto que as cadeias públicas tiveram o menor valor com 0,0596; o índice 2, que corresponde à dimensão Estrutura da Instituição, foi constatado o padrão semelhante ao do índice 1, novamente os HCTP tiveram o valor mais alto,

com 0,1982 enquanto que as cadeias públicas tiveram o menor valor com 0,0619; o índice 3, que corresponde aos Aspectos Sociodemográficos foi constatado que dentre todos os estabelecimentos, as casas de albergado tiveram o valor mais alto com 0,2508 enquanto que as cadeias públicas tiveram o menor valor com 0,1100; o índice 4, que corresponde à dimensão Restrição de Liberdade (tempo de pena), foi constatado o padrão semelhante ao dos índices 1 e 2, novamente os HCTP tiveram o valor mais alto, com 0,2314 enquanto que as cadeias públicas tiveram o menor valor com 0,0771.

É possível verificar que há uma diferença importante entre a cadeia pública e os HCTP na maioria das dimensões abordadas, conforme os índices, podendo configurar essas instituições como dois grandes pontos opostos dentro do sistema prisional estadual no que se refere à oferta de cuidado em saúde e boas condições estruturais para os sujeitos privados de liberdade.

5 DISCUSSÃO

A seção de discussão de um trabalho acadêmico é o momento de estabelecer comparações com outras pesquisas e de “fazer comentários sobre os significados dos resultados”⁹¹. Assim, as considerações iniciais nesta seção retomam os principais achados da pesquisa, não só pela perspectiva dos resultados quantitativos, mas também considerando uma discussão qualitativa com todo o objeto de pesquisa que foi levantado desde a introdução.

A análise aqui delineada tentou ao máximo seguir o critério exposto por Pereira⁹¹, que propõe que as pesquisas escolhidas para serem comparadas precisam resguardar entre si o menor número de diferenças quanto a delineamentos, cenários, critérios de inclusão e exclusão, tamanhos de amostra para assegurar que a comparação seja coerente. A atenção para os critérios de afinidade sugeridos pelo autor implica a necessidade de preservar as características de coesão metodológica e de concisão do conteúdo.

Inicialmente faz-se necessário expor algumas considerações que dizem dos períodos significativamente espaçados entre os marcos legais que passaram a preconizar as condutas de saúde no âmbito prisional. Valendo-se da perspectiva temporal, mas não somente dela foi necessário buscar um referencial que ampliasse a compreensão, avançando para uma leitura social e histórica do que foi proposto em cada período, e do que se coloca como política de saúde pública no Brasil.

Antes dos documentos públicos específicos para as ações de saúde no contexto prisional (listados nos quadros 01 e 02), a LEP, em julho de 1984, inaugura o acesso aos direitos básicos incluindo o direito à saúde. Essa previsão legal, que foi colocada junto à diversas assistências, vai ao encontro do momento reformista e sanitaria brasileiro, que vinha em um contexto de ampliação política e de direitos sociais vigentes à época.

Considerando esses avanços algumas autoras brasileiras fizeram uma análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional considerando o recorte temporal, que aqui se deseja evidenciar, associado à questão da nomenclatura que passava a ser adotada em cada período⁹².

Uma observação importante é que na LEP o indivíduo que tinha sua liberdade limitada era nomeado de preso ou de condenado⁹².

Dezenove anos depois da LEP, acontece a publicação do PNSSP em 2003. Nesse documento a nomenclatura abandona o uso do termo “condenado” e passa a denominar “pessoa privada de liberdade ou população confinada nas unidades prisionais”, o que segundo as autoras⁹², implica uma especificidade do direito que está sendo suspenso, a liberdade de ir e vir. Além dessa consideração mais clara que induz a uma proteção dos demais direitos não suspensos legalmente, o plano nacional traz a perspectiva de atenção integral na saúde e no trabalho realizado por equipe multiprofissional.

Onze anos depois do plano nacional, acontece a publicação da PNAISP que regulamenta o acesso à saúde para todas as pessoas do sistema prisional, caracterizando as equipes de assistência por tipo e por especialidade, de acordo com o número de pessoas privadas de liberdade.

Segundo as autoras⁹², esse último documento publicado é o que mais amplia suas perspectivas de atuação, considerando como população prisional os egressos, os servidores das unidades penitenciárias e os familiares, e preconiza a redução dos estigmas e dos estereótipos. Outro fator significativo é a descentralização de recursos e da gestão para os estados e municípios brasileiros, no âmbito da assistência em saúde.

Além da análise crítica do conteúdo publicado pelo governo em nome da saúde pública prisional, foi feito um breve levantamento do que vem sendo estudado pela pós-graduação nacional, considerando dissertações e teses disponibilizadas na plataforma de saúde pública da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sobre a saúde prisional.

O descritor “Prisões” indicado pela mesma plataforma, no campo de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foi utilizado para a pesquisa. Foram encontradas 14 publicações, porém uma (1) delas estava em duplicidade, assim estão listados 13 estudos no quadro 05 que segue:

Quadro 05 – Lista de teses e dissertações sobre „Prisões” disponibilizadas no repositório de saúde pública da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em ordem decrescente de anos

Nº	Autor(es) e ano	Título	Descritores
1	Bezerra, ATAF. 2015.	HIV/Aids e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática ⁹³ .	Infecções por HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Mulheres. Prisões. Prevalência.
2	Oliveira, LGD. 2014.	Avaliação de implantação do Programa de Controle de Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros ⁹⁴ .	Tuberculose/ prevenção e controle. Prisões. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Atenção à Saúde.
3	Apolinario, FH. 2013.	Significados atribuídos por enfermeiro à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional ⁹⁵ .	Cuidados de Enfermagem/ ética. Bioética. Vulnerabilidades em Saúde. Prisões.
4	Vitti Junior, W. 2013.	O controle da tuberculose nos presídios atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru SP ⁹⁶ .	Prisões. Saúde Pública. Tuberculose/ prevenção e controle.
5	Castro, VD. 2011.	Saúde nas prisões: um estudo de implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário ⁹⁷ .	Tuberculose/ prevenção e controle. Prisões. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Estudos de Casos. Política de Saúde.
6	Roma Sánchez, AAMM. 2008.	Tuberculose em população carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégias de controle ⁹⁸ .	Tuberculose/epidemiologia. Tuberculose/ prevenção e controle. Tuberculose/terapia. Prisões.
7	Vitti Junior, W. 2005.	Tuberculose em pessoas privadas de liberdade: situação no sistema penitenciário da região de saúde de Botucatu- SP, 1993-2003 ⁹⁹ .	Tuberculose/epidemiologia. Saúde Pública. Prisões.
8	Lima, GMB. 2005.	Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistências e privações ¹⁰⁰ .	Mulheres. Prisões. Saúde Mental. Enfermagem.
9	Meireles, JR. 2004.	A mulher infratora na visão do ministério público, do judiciário e no sistema penitenciário ¹⁰¹ .	Crime/legislação & jurisprudência. Direito Penal. Prisões. Mulheres. Medicina legal.
10	Carvalho, ML. 2003.	Sistema prisional e drogas: interfaces em uma sociedade violenta ¹⁰² .	Isolamento Social. Prisioneiros. Violência.
11	Giordani, AT. 2000.	Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e droga ¹⁰³ .	Sexualidade/psicologia. Mulheres/psicologia. Prisões. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Entrevistas como Assunto. Inquéritos e Questionários.
12	Lopes, F. 1999.	Prevalência de HIV/HPV na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo ¹⁰⁴ .	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/epidemiologia. Sífilis/ epidemiologia. Prisões. Prevalência. Entrevistas como Assunto. Doenças Sexualmente Transmissíveis/epidemiologia. Estudos epidemiológicos. Drogas ilícitas.
13	Niero, R. 1981.	Tuberculose pulmonar em uma prisão: estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle ¹⁰⁵ .	Métodos epidemiológicos. Prisões. Tuberculose Pulmonar/ epidemiologia. Teste tuberculínico. Tuberculose Pulmonar/prevenção & controle. Tuberculose Pulmonar/transmissão.

Elaboração própria. Fonte: BVS. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>.

O quadro 05 permite identificar as principais áreas e temas das pesquisas nacionais no âmbito da pós-graduação sobre saúde prisional, que são:

- Tuberculose, com os estudos 2, 4, 5, 6,7 e 13;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), com os estudos 1,11 e 12;
- Saúde Mental e a interface com uso de drogas, nos estudos 8,10 e 11;
- Trabalhador de saúde na unidade prisional no estudo 3;
- A perspectiva legal da prisão com o recorte de gênero no estudo 9;

O número mais significativo dentre os estudos do quadro 05 foi para as pesquisas sobre DSTs e doenças infectocontagiosas, áreas historicamente importantes para a saúde pública brasileira, sobretudo no âmbito prisional. Os três trabalhos mais próximos ao tema da presente pesquisa serão considerados a seguir, a fim de compor a discussão no âmbito qualitativo do que vem sendo produzido nacionalmente.

O trabalho de Lima¹⁰⁰, identificado pelo número oito no quadro 05, é uma dissertação de mestrado defendida em 2005, a qual teve um recorte de gênero, entrevistando mulheres, para identificar as principais demandas de saúde mental. Na época de defesa do trabalho praticamente não havia regulamentação voltada para a saúde prisional (vide quadro 01). A metodologia qualitativa foi adotada no estudo para condução da pesquisa. De forma geral, são identificados fatores de sofrimento para as mulheres do sistema prisional e a autora afirma a hostilidade e a tristeza no ambiente prisional, como promotor de saudade e de solidão, no qual somado às condições de superlotação levam a insalubridade.

O estudo de Carvalho¹⁰² identificado pelo número 10 no quadro 05, é uma tese de doutorado publicada em 2005, que fez a caracterização do perfil sociodemográfico, da história penal e dos eventos em saúde, entendendo o uso de substâncias como fator de adoecimento para a população prisional. A caracterização realizada pela autora teve como objetivo o delineamento da população prisional quanto à necessidade de uma atenção em saúde mais específica¹⁰². A autora imprime no trabalho a perspectiva da vivência de violência e da exclusão social que, segundo ela, está marcada nos presos brasileiros¹⁰².

O estudo de Giordani¹⁰³, identificado pelo número 11 no quadro 05, é uma dissertação de mestrado defendida em 2000, sendo ele o estudo mais antigo que tem um ponto em comum com o cerne da presente pesquisa, pois ele teve como objetivo compreender a perspectiva da saúde mental das mulheres que estavam no regime prisional.

Assim como o estudo de Lima¹⁰⁰, Annecy Giordani considerou a perspectiva de gênero, e também adotou o viés qualitativo para seu estudo que afirma a prisão como lugar capaz de promover tristeza devido ao abandono do companheiro e de familiares, o afastamento dos filhos, o sofrimento relacionado à ociosidade, o sentimento de culpa e a dificuldade de convivência na prisão¹⁰³.

A discussão sob a perspectiva dos resultados encontrados está alicerçada no comparativo entre os dados dos dois sistemas prisionais analisados e os achados na literatura internacional que dialoguem com o tema e que possibilitem a proposição de perspectivas mais avançadas do que as alcançadas no Brasil, tendo em vista a baixa produção nacional sobre o tema.

O Brasil é a 4ª população prisional mundial, tendo aumentado em 575% de 1990 até 2014⁸⁹. As unidades do SPF operam, em média, com 63% de sua ocupação, enquanto que a taxa de ocupação nas prisões estaduais chega a 161%, segundo o INFOPEN⁸⁹, com 1,87 detentos por vaga. O que localiza o fenômeno da superlotação como uma característica exclusiva do regime estadual.

Os dados apresentam um aumento da população prisional em ambos os sexos, mas no sistema penitenciário estadual, entre 2015 e 2016 houve um aumento de quase 10%, especialmente para o sexo feminino. Esse fenômeno referenciado por Diuana et al¹⁰⁶ foi denominado de “intensificação do encarceramento de mulheres”, e vem sendo estudado sob a perspectiva de gênero para a redução das situações de violência e pela reafirmação de mais direitos, incluindo os direitos reprodutivos e sexuais durante a execução penal^{106,107}

A autora Brinkley- Rubinstein¹⁰⁷ fez considerações a respeito do aumento exponencial da população carcerária nos últimos anos, que também aconteceu nos EUA, motivadamente pela diminuição de políticas sociais, inclusive de saúde, que reduziram os dispositivos sociais de cuidado, somado a investida governamental no ataque ao uso de drogas. Os motivos que contextualizaram tal feito nos EUA, podem ser pensados se teriam aplicabilidade na realidade brasileira.

O estudo traz para discussão os efeitos dos fatores de privação dentro de um ambiente superlotado, reconhecendo esse como um agente catalisador para piora da condição de saúde dos sujeitos privados de liberdade.

A organização estrutural do sistema penitenciário estadual se dá, majoritariamente, em dois tipos de estabelecimentos, as cadeias públicas e as penitenciárias. Um dado, importante que pode ser problematizado sob o viés da execução penal e da gestão pública, é o número considerável de unidades penitenciárias que se identificaram como “outro” no questionário, o que sugere uma falta de identificação institucional prévia dentro do contexto da execução penal, e o reconhecimento de que as cadeias públicas apresentam os piores índices sintéticos.

A escolaridade no SPF e no regime estadual teve uma concentração no nível do ensino fundamental incompleto, sendo que nos estabelecimentos penitenciários estaduais os valores para categorias de menores níveis de instrução são ainda maiores se comparados aos níveis do SPF, o que diz da falta de educação formal que vem sendo alcançadas pelos brasileiros.

A baixa escolaridade das PPL revela o perfil seletivo do sistema prisional brasileiro. Esses dados são confirmados por outros estudos de mesma natureza¹⁰⁸, que discutem sobre essa seletividade do sistema prisional brasileiro, não só com relação à escolaridade, mas também sobre a massiva predominância da raça/cor negra e parda entre as PPL.

Monteiro e Cardoso¹⁰⁸ que publicaram sobre a seletividade do sistema prisional brasileiro, trazem dados ainda mais significativos no levantamento realizado, em que 77% da população no estudo realizado não havia concluído o ensino fundamental.

Os índices brasileiros remetem ao que foi publicado pelos sociólogos que introduziram os estudos sobre a instituição penal como um dispositivo que guarda em si funções sociais: um exemplo é Wacquant, que atribuiu significado ao aprisionamento das massas sociais desqualificadas, pois elas estariam excluídas do perfil de força de trabalho que passou a ser exigido para a manutenção do estado capitalista e higienista.

A faixa etária dos presos do sistema estadual é concentrada nos adultos jovens com até 29 anos, enquanto que no SPF a categoria mais densa da população tem a faixa etária concentrada a partir dos 29 anos até os 39 anos.

A visão que os dados encontrados trazem nas unidades estaduais é que os sujeitos que ali estão tem um início precoce na vivência penitenciária, e que a maioria dos que são admitidos no SPF tem um perfil mais velho, o que possibilita a compreensão do fenômeno da “carreira criminosa”¹⁰⁸. O que corrobora com o perfil de presos do SPF que são, em sua maioria, são chefes de facções criminosas organizadas ou presos que oferecem grande perigo à sociedade por exercerem forte influência nas ações criminosas e violentas no estado, e até mesmo dentro das prisões estaduais.

O quesito “Estado civil” pode ser analisado em paralelo com a categoria de “Faixa etária”, tendo em vista que a maioria de adultos nos estados são jovens, característica que dialoga com a média de 57% dos presos nos estados declararem-se solteiros, considerando homens e mulheres. Essa variável muda para os presos do SPF, que são mais velhos, pois somando as categorias “Casado” e “União estável” mais de 77% dos presos informam ter algum tipo de relacionamento fixo, considerando o ano de 2015.

No bojo da consideração sobre o estado civil dos presos, será analisada a categoria de “Visita social”, pois ela também faz referência à manutenção dos vínculos familiares e sociais, mesmo com distâncias consideráveis entre as prisões, principalmente as unidades federais, e as constantes transferências dos presos entre elas (realizadas propositalmente por motivo de segurança, tendo em vista que os presos muito influentes conseguem estabelecer sua rede de apoio social rapidamente na nova região que foi transferido).

A questão da distância entre o local de origem dos presos antes da ida para o SPF (vide tabela 01) e as penitenciárias federais, deve ser considerada tendo em vista que elas estão estrategicamente distribuídas no país. Se considerarmos um exemplo entre os anos de 2015 e 2016 a maioria dos presos admitidos no SPF estavam no estado do Rio de Janeiro e a penitenciária federal mais próxima estava a 1.447 km em Campo Grande, e pode chegar até mais de 3.000 km de distância, se o preso for levado para a PF de Porto Velho. Assim, pode-se constatar que existe uma barreira geográfica para receber visitas, se considerar que o preso possui vínculos sociais em seu estado prévio à admissão.

Audi et al¹⁰⁹ realizaram um estudo em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo e os resultados demonstraram que 93,4% das mulheres não recebiam visitas, o que as autoras sugerem como um rompimento ou uma ausência

de um núcleo familiar de referência para acompanhá-las ao longo da execução penal. Essa constatação dialoga com o dado encontrado na presente pesquisa e com outro referencial encontrado referente à prevalência de mulheres idosas (a partir de 61 anos), o que reafirma o envelhecimento prisional feminino¹⁰⁹.

Os dados sobre 'Visita' no SPF foram divulgados em percentuais de presos que recebem visitas, valor que praticamente chega aos 70%, se somar as visitas sociais e virtuais. Considerando o fator da distância referido no parágrafo anterior e a perspectiva de manutenção do vínculo relacional, pode-se considerar que os presos do SPF conseguem ter esse fator protetivo ativo. A proporção de número de visitas por preso não há como ser calculada para o SPF, pois falta a informação do número absoluto de visitas.

John Leach¹¹⁰ em seu estudo sobre os fatores psicológicos em ambientes extremos (como por exemplo, uma penitenciária de segurança máxima), afirma que as características inerentes a esses tipos de instituições como: redução ou a exacerbação de estímulos, falta de controle sobre o meio e as práticas utilizadas de forma implícita ou explícitas para redução de comportamentos resistentes do sujeito preso, configuram uma ambiência de tamanha privação, que um dos fatores reconhecidos pelo autor como fator protetivo para o estado mental do preso é a manutenção de formas de contato que viabilizem a comunicação, fazendo referência a algo que seja oriundo de fora da prisão, como o recebimento de visitas e cartas.

A categoria "Raça, cor ou etnia" apresenta uma convergência entre os dois regimes, com uma coincidente paridade entre os dados encontrados, considerando os dois anos e os dois sexos analisados (no sistema estadual), o valor ficou em torno de 60% dos presos autodeclarados negros (pardos e pretos).

Os valores encontrados na pesquisa também foram os mesmos valores encontrados por Monteiro e Cardoso¹⁰⁸. A realidade do encarceramento em massa da população negra também é uma realidade do sistema penitenciário dos EUA. Lauren¹⁰⁷ refere em sua pesquisa a taxa de aprisionamento de negros é 650% maior que a taxa de aprisionamento de brancos. Assim, pode-se afirmar que independentemente do nível de segurança, dos fatores estruturais e do tipo de estabelecimento penitenciário, a cor negra é marca predominante na sua população prisional.

Com a configuração da população prisional sendo majoritariamente negra, pode-se afirmar que essa é mais uma categoria que corrobora com as perspectivas

sociais sobre as teorias do aprisionamento, que recaem sobre uma população comprovadamente jovem, de baixa escolaridade e negra. A repercussão desse dado, nacional e internacionalmente, remete às teorias explicitadas no início desse trabalho as quais já afirmavam a demanda por controle social que reafirma rótulos como o da presunção da delinquência na população negra.

A maioria dos presos do SPF recebeu sentenças com mais de 20 anos de reclusão, o que é esperado tendo em vista o nível de periculosidade dos presos conduzidos ao sistema, estando associados aos crimes de maior poder ofensivo, e por isso recebem um tempo maior de condenação.

A variável “tempo de pena” no sistema penitenciário estadual não foi respondida nos bancos de dados de 2015 e 2016, mas o INFOPEN de 2014⁸⁹ trouxe uma informação que ajuda na comparação entre os dois sistemas, no qual refere que para 70% dos presos do estado o tempo de pena está entre 2 e 15 anos, enquanto que para os presos do SPF, os quais que tem um perfil de alta periculosidade e de terem cometido crimes de maior poder de ofensa ou de maior complexidade, a maioria deles recebem penas de 20 anos ou mais.

Duke, Furtado e Völlm¹¹¹ pesquisaram a característica de longa permanência em indivíduos estabelecendo correlações que consideraram que quanto mais restrito o âmbito de segurança vivenciado menor precisa ser o tempo para associar e entrar nos critérios de longa permanência, considerando a gravidade dos efeitos sob aqueles que estão submetidos aos diferentes níveis de segurança.

As considerações dos autores foram feitas levando em conta a necessidade do cuidado em saúde mental das pessoas que ficam submetidas por muito tempo nas unidades de segurança. Segundo eles, 23,5% dos indivíduos em unidade de segurança máxima estão nos critérios de longa permanência e 18,1% nas unidades de nível médio de segurança¹¹¹.

Brinkley- Rubinstein afirmou em seu estudo que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi o quadro psiquiátrico mais associado à experiência de longa permanência nas unidades penitenciárias¹⁰⁷.

As informações discutidas até o momento estavam mais na esfera das informações sociodemográficas e foram feitas algumas relações com as implicações delas na vivência prisional e, conseqüentemente, na saúde dos presos. As considerações seguintes referem-se mais exatamente às demandas de assistência

em saúde, às questões relacionadas à saúde mental, ao uso de substâncias e ao comportamento suicida no âmbito prisional.

Os dados de uso de drogas do sistema estadual não foram divulgados. Os dados para população prisional do SPF fazem referência ao uso anterior à admissão nesse sistema. Em torno de 60% desses presos faziam uso de drogas lícitas e ilícitas, com uso significativo de múltiplas drogas. É importante salientar que mesmo sem ter conhecimento dos dados sobre os estados, sabe-se que a maioria dos presos do SPF são oriundos do sistema estadual e afirmam o uso de substâncias.

Mundt, Baranyi, Gabrysch e Fazel¹¹² afirmam no estudo realizado em países de média e baixa renda que o uso de substâncias durante o aprisionamento aumenta o risco para a ocorrência de outros prejuízos em saúde como doenças infecciosas e problemas de saúde mental. Na pesquisa dos autores citados, foram identificadas as seguintes prevalências na população prisional durante o comprimento da pena: 56% faziam uso de nicotina, 16% faziam de uso de álcool e 25% faziam uso de drogas ilícitas.

Os autores trazem uma importante consideração em relação ao uso de drogas anterior à admissão no sistema prisional como a principal justificativa para a continuidade do uso dentro das prisões¹¹². Eles indicam que a aplicação da política antitabagismo ajudou a reduzir a mortalidade nas prisões, e que outras práticas assistenciais para tratamento são pouco disponíveis nos países estudados.

Mc Collister et al¹¹³ realizaram uma interessante pesquisa sobre a necessidade de compreender o impacto econômico das demandas mais pesquisadas no sistema penitenciário, que inclui o uso de substâncias, devido a necessidade de intervenções que são necessárias para manejar essas necessidades. O conhecimento dessas informações possibilita a melhor destinação de recursos para ações públicas em saúde.

Rosshiem et al¹¹⁴ realizaram um estudo com presos em fase de liberdade condicional e, apesar de não ser o mesmo perfil prisional da presente pesquisa, é um estudo que acrescenta no conhecimento do uso de drogas entre as pessoas privadas de liberdade. Os autores reforçam a necessidade de estabelecer programas de identificação e tratamento dos presos que têm um quadro psiquiátrico de base e fazem uso associado de substâncias.

Os principais quadros psiquiátricos encontrados no estudo foram: depressão maior, esquizofrenia e transtorno bipolar. Os autores fazem uma associação

interessante em relação à finalidade do uso de substâncias, como uma alternativa para o enfrentamento dos sintomas dos transtornos psiquiátricos de base, como se o uso de drogas atuasse como uma “automedicação”¹¹⁴.

Assim como outros estudos já referenciados, esses autores também afirmam que a taxa de risco para o desencadeamento de transtornos mentais é maior na população prisional do que para a população geral¹¹⁴.

Os resultados sobre o uso de substâncias pelos presos do SPF podem estabelecer um diálogo com os dados referente à categoria de abstinência, pois apenas 16,21% dos presos referiam estes sintomas (considerando a média de 2015 e 2016). Mediante a discrepância entre o valor médio de uso, que chega a 70% e o baixo valor de descrição de abstinência, pode-se pensar em algumas hipóteses, como o não reconhecimento dos sintomas, e/ou o uso em nível não abusivo/dependente da droga e/ou o sub-relato por parte dos presos.

Os dados sobre óbitos, tentativas de suicídio e suicídio concretizado trazem uma significativa contribuição para o estudo das demandas de saúde mental no âmbito prisional. Foram notificados 9 óbitos no SPF, sendo que mais de 50% desses tiveram o suicídio como a causa da morte, seguido de 22% por doenças infecciosas e 22% por doenças no sistema cardiovascular. Número de óbitos por suicídio no regime estadual para homens foi de 8,11% e 5,58% nos anos de 2015 e 2016, respectivamente. Número de óbitos por suicídio no regime estadual para mulheres foi de 18,68% e 13,95% nos anos de 2015 e 2016, respectivamente.

Mesmo que, em geral, o número de óbitos tenha diminuído, foi comprovado pelos índices nas subcategorias citadas o aumentando da necessidade de ações sobre a saúde geral das PPL, e em especial da saúde mental, para reverter os óbitos evitáveis, o que é reiterado em vários estudos que comprovam taxas maiores de suicídio na população prisional do que na população geral, assim como o sofrimento psíquico pela privação de liberdade^{115,116}

Os dados se tornam extremamente relevantes se levar em consideração os dados do Boletim Epidemiológico do MS sobre o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde¹¹⁷, o qual afirma que o suicídio não seria a principal causa de morte identificada, mesmo comparando a faixa etária de presos do SPF, assim pode-se levantar o alerta para o impacto da vivência no ambiente prisional e o suicídio.

Way et al *apud* Brinkley- Rubinstein¹⁰⁷ considerando os dados publicados pelo órgão de Nova York, que se pode equiparar ao departamento penitenciário brasileiro, publicou que 83% dos suicídios no sistema prisional americano aconteceram dentro de penitenciárias de segurança máxima, entre 1993 e 2001.

Rogan¹¹⁸ estabelece um diálogo entre a ocorrência de suicídio dentro das unidades prisionais com a dimensão dos direitos humanos. Segundo a autora, a assistência em saúde adequada às demandas de saúde mental, com atuação na prevenção e no monitoramento de comportamentos de risco para o suicídio são ações implicadas no respeito à dignidade humana. A autora faz algumas considerações quanto à excepcionalidade da condição de isolamento e quanto à necessidade de uma triagem adequada na admissão do preso, com exame médico e com registros sobre as informações de saúde. A autora recomenda que os presos com demandas de saúde mental devem ser ouvidos diariamente por um membro da equipe de saúde, a fim de manter o monitoramento de uma possível situação de risco.

Horton, Dyer, Tennant e Wrigth¹¹⁹ publicaram um estudo de coorte realizado sobre a ocorrência de comportamentos autolesivos na população prisional, considerando aqueles que podem ou não colocar o preso em risco de vida. Os autores reforçam que a população prisional é um grupo de risco para esses tipos de comportamentos. Nos EUA, a taxa para população geral é de 21 casos em 100.000 pessoas, enquanto que para a população prisional a taxa é de 100 casos em pessoas¹¹⁹.

Os autores dizem da importância do acompanhamento no período inicial da vivência prisional, considerando a primeira semana após admissão como uma janela de risco¹¹⁸. O tema da pesquisa voltou-se para a aplicação de instrumentos de monitoramento de fatores de risco e fatores de proteção para a situação de comportamentos auto-lesivos¹¹⁹.

A ausência de dados sobre os principais transtornos de saúde mental presentes em cada regime penitenciário brasileiro não viabilizou a mensuração quantitativa dos efeitos prisionais para cada um deles. Ainda assim, considerando o perfil geral levantado e a compreensão do contexto de privação característica dos presos que estão no SPF, alguns estudos internacionais que elucidam pontos importantes das unidades do tipo *Supermax* do isolamento serão descritos a seguir

para uma melhor compreensão dos fenômenos que também podem existir nas penitenciárias federais brasileiras.

Gallagher¹²⁰ parte dos olhares da fenomenologia e da psicologia para fazer uma reflexão sobre o impacto cruel da pena. Segundo o autor, a vivência em ambientes com grande rigor de confinamento é capaz de reduzir o contato do sujeito com sua própria intersubjetividade, o que ocasionaria danos à dimensão subjetiva que constitui o ser humano como tal.

Para a psiquiatria fenomenológica que segue a teoria da interação e considera as intersubjetividades do sujeito (primária e secundária) vivenciadas desde a infância e chegando à consolidação na fase adulta, a supressão dessas vivências causaria um dano subjetivo de identificação do sujeito, promovendo uma experiência de despersonalização de si e perda da dimensão de realidade¹²⁰.

A percepção alterada da realidade, induzida pela restrição de interação, interfere diretamente na capacidade do sujeito de reconhecer sintomas como: ansiedade, alucinações, insônia, dores, sentimentos de inadequação e de inferioridade, depressão¹²⁰.

O autor revela a finalidade prisional para a promoção da dissolução do eu, no âmbito da reabilitação prisional-moral, para levar o preso a um nível de introspecção que o torne capaz de refletir sobre suas práticas, culminando na diminuição da sua identidade “criminosa”, de forma que esse sujeito precise reconstruir-se sob uma nova identidade, mais adequada à expectativa moralmente correta¹¹⁸.

De forma resumida, o autor identificou quatro capacidades do sujeito que são alteradas pela experiência da prisão em total isolamento: capacidade de ordenação temporal, capacidade de autorreferência mínima (perda do senso do eu), prejuízo da memória episódica e biográfica e a capacidade de meta-cognição, que pode ser entendida como a habilidade de fazer uma reflexão da própria experiência¹¹⁸.

Leach¹¹⁰ em suas considerações sobre ambiente extremos, cria 3 categorias de fatores que podem alterar as funções de percepção dos indivíduos que estão em unidades de isolamento máximo:

- a) Fatores psicológicos: isolamento, privação ou sobrecarga sensorial, privação de sono e desorientação temporal.
- b) Fatores psicofisiológicos: sensação térmica e posições corporais estressoras.
- c) Fatores psicossociais: humilhação e degradação cultural.

O autor afirma que o isolamento é capaz de induzir distúrbios psiquiátricos, pela dissolução psicológica, e causar sintomas de: depressão, irritabilidade, comprometimento do funcionamento cognitivo, aumento da hostilidade interpessoal, baixo limiar em situações de raiva, alterações de sono, perda de apetite, ansiedade e apatia.

O autor elaborou uma organização temporal da vivência em um ambiente extremo e os possíveis efeitos vivenciados:

- a) Fase inicial do isolamento (1ª a 3ª semana): ansiedade, introspecção e preocupação com o passado.
- b) Fase de isolamento maior (4ª a 6ª semana): desânimo, dependência, perda de iniciativa, falta de interesse pela aparência pessoal e um desespero “autoperpetuante”.
- c) A continuidade do processo de isolamento somado à sensação de privação sensorial induz um processo de “lavagem cerebral” o que gera uma mudança de comportamento, alcançando o efeito *cluster* (essa expressão é utilizada na área da informática, e foi aplicada ao contexto prisional para fazer referência ao efeito potencializado que as privações ganham em meio ao contexto singular de total isolamento social).

Entendendo os possíveis efeitos psicológicos que podem emergir dentro do ambiente prisional, concluiremos a discussão com algumas considerações sobre as assistências oferecidas à população em estudo.

Os atendimentos médicos (não psiquiátricos) realizados em 2015, se considerados em seu total (5367), dividido pela média da população do SPF no mesmo ano (405), chega ao valor de 13,25 atendimentos recebidos por cada preso ao longo do ano. Ao adotar a mesma fórmula para o ano de 2016, chega-se ao valor de 5,23 atendimentos recebidos por cada preso ao longo do ano.

Mantendo a lógica descrita acima, os atendimentos psicológicos em 2015 chegariam a 4,84 consultas por preso, e em 2016 ao valor de 1,70 consultas recebidas por preso. Os atendimentos realizados por médicos psiquiatras chegam ao número de 1,43 consultas por preso em 2015 e 0,83 consultas por preso em 2016.

Após a sequência de dados sobre a estimativa de números de consultas, propõe-se uma situação para analisar o número de atendimentos oferecidos à população do SPF. Sabendo que há prerrogativa legal para o procedimento admissional no qual está previsto uma avaliação médica e psicológica, vamos à suposição: em 2016, com a entrada do preso na unidade, ele já deveria ter sido assistido com 2 atendimentos, o que consumiria o valor estimado de consultas de psicologia por ano, o que numericamente, indicaria que o preso só seria atendido 1 única vez. O mesmo exemplo, se aplicado aos atendimentos psiquiátricos tanto em 2015 quanto em 2016, consumiria numericamente a possibilidade de um novo atendimento no mesmo ano.

Os quesitos sobre atendimentos em saúde, assim como para a categoria acima, obedeceram a diferentes classificações que comprometem a possibilidade de comparação, mas cabe realizar uma análise contextualizada dos dados. Apenas 37% das prisões estaduais possuem unidades/módulos de saúde internos, o que se contrapõem ao SPF, sabendo que 100% das unidades possuem a “Divisão de Saúde” o que já demonstra um nível bem maior e adequado ao que se propõem a PNAISP. Nos estados a proporção de consultas realizadas é de 1,2 por pessoa presa por semestre, enquanto que no SPF a média de consultas médicas em 2015 chegou a 13,25 e em 2016 a 5,23 o que sugere que os presos nas unidades federais recebem mais atendimentos médicos que nos estados.

A principal observação quanto à categoria de uso de medicamentos seria quanto ao valor médio de 35,11% da população do SPF sob a prescrição de medicamentos controlados, entre os anos de 2015 e 2016. Interessante problematizar a quantidade de consultas disponibilizadas e a estimativa de retornos necessários para reavaliações desses pacientes (que precisam de renovação da receita, por exemplo), sabendo que não há servidor médico no quadro efetivo do DEPEN e que a quantidade de deslocamentos feitos pela equipe de segurança para levar os presos até os atendimentos parecem não convergir, tendo em vista a preferência pela realização de atendimentos internos.

Analisando a possibilidade de oferta de atendimentos, foi calculada entre as PFs de referência (para o ano de 2014), a proporção do número de PPL e o número de especialistas em saúde. Os valores encontrados eram discrepantes comparando as unidades do SPF, pois existiam equipes que tinham 10 vezes mais pacientes para atender que em outras penitenciárias do SPF, como a PF de Mossoró que tinha

3,6 PPL para cada especialista e 8,8 PPL para cada técnico, enquanto que a PF de Porto Velho tinha 36,3 PPL para cada especialista e 22,25 para cada técnico.

Sabendo que as condições estruturais são basicamente comuns entre as penitenciárias federais, a sobrecarga de detentos para serem atendidos pode interferir diretamente na qualidade e na quantidade das ações assistenciais de atenção à saúde disponibilizadas à população prisional.

Os dados sobre o número de profissionais de saúde assistenciais nos anos analisados não estavam compatíveis com a demanda existente; além de não ampliarem a oferta deste serviço na medida do crescimento do contingente populacional prisional nos estados, houve a diminuição do que vinha sendo oferecido. Nesse contexto, a superlotação deve ser um elemento adicional a ser considerado nas condições de saúde das PPL, uma vez que esta contribui sobremaneira para a possibilidade de ocorrer doenças infectocontagiosas e sexualmente transmissíveis (DSTs).

O discreto aumento percentual entre os anos de 2015 e 2016 diz do despreparo e da falta de investimento no quesito estrutural nas unidades penitenciárias estaduais que prestam atendimentos de saúde.

Essas informações trazem uma hipótese relevante para o âmbito da saúde pública, se for levado em consideração a quantidade significativa de atendimentos que precisam ser realizados externamente, que recairão sobre a secretarias de saúde estaduais e municipais, que possivelmente não serão acionadas em seus níveis de menor complexidade, mas sim em níveis maiores, como em serviços de pronto atendimento, para que se viabilize a assistência rápida ao preso, considerando o fator segurança, de deixar o preso pelo menor tempo possível fora da unidade penitenciária de referência.

Com base nesta lógica descrita, que pode acabar por operar nas unidades penitenciárias é que, por falta de recursos estruturais e humanos (como será descrito no próximo tópico) que o próprio sistema público atua contra princípios estruturantes de organização do SUS, alterando fluxos de entrada nos níveis de complexidade dos dispositivos de saúde.

Pensando na transposição da hipótese levantada para o caso concreto, os que fazem uso do SUS já podem ter presenciado a situação da equipe de segurança, normalmente representada na figura dos agentes penitenciários que

fazem a escolta dos presos, “passarem na frente” dos demais usuários que aguardavam atendimento ou terem sua entrada facilitada por passagens internas para que o (a) interno (a) seja atendido.

A ação de “passar frente” culmina em um clima tenso e que divide a população entre dois desconfortos: parte dela tem o sentimento de querer cessar a sensação de periculosidade que a equipe de segurança e o próprio preso causa pelo estigma envolvido em ambos os sujeitos, e preferem que o preso seja atendido o quanto antes, e outra parte tem o sentimento de revolta por se sentir preterida em relação a um preso que está aguardando na fila a menos tempo que os demais. Interessante pensar que nesta última opção o estigma também está vigente pelo sentimento de menos valia que os demais atribuem ao „preso’ por ele ter cometido algum crime.

Realizando uma breve inserção da perspectiva de gênero sobre as condições em saúde no contexto prisional, Carvalho et al¹²¹ no estudo de perfil populacional prisional do estado Rio de Janeiro afirma que as mulheres chegam a ter 2,5 mais chances de terem DSTs que os homens dentro das unidades, ainda que os homens recebam até 3 vezes mais visitas íntimas que as mulheres, considerando o mesmo estudo¹²¹.

Os valores identificados na maioria dos indicadores sintéticos para os HCTPs, são dados compatíveis com o nível de assistência esperado nesse tipo de instituição, tendo em vista sua finalidade primeira de ser um ambiente de execução de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei^{53,122}.

Assim, espera-se que esses dispositivos instituídos para abrigar, sob o discurso inicialmente terapêutico, os considerados inimputáveis e semi-inimputáveis, tenham melhores condições de atenção à saúde, tanto no nível estrutural (consultórios e taxa de ocupação) quanto no nível de recursos humanos de servidores como foi encontrado nos resultados^{122,123}.

O índice 04 traz a dimensão do tempo médio de pena tempo de tempo como o maior índice entre as demais instituições analisadas, o que desvela um fenômeno muito importante que Soares Filho e Bueno¹²³ chamam de “A medida de segurança e os manicômios judiciais: a única forma de prisão perpétua no Brasil”. Os autores reforçam o caráter prisional que os HCTPs acabam por exercer, calcado em um ideal de periculosidade atestado pela psiquiatria que valida a internação

compulsória, e desconsidera os avanços da reforma psiquiátrica brasileira que se articula utilizando dispositivos substitutivos de base territorial⁸⁵.

As casas de albergado sendo as instituições destinadas às PPL que estão em regime aberto e para penas de limitação de final de semana, também são consideradas como local de orientação, inclusive para egresso. Nelas, foi encontrado o maior índice quanto à escolaridade, entendendo que essa categoria é um aspecto considerado no momento de determinação da pena pelo processo penal de forma inversamente proporcional, e articula-se com o menor nível de periculosidade⁵³.

Vantagens e limitações

A ação censitária balizada pelo DEPEN de construir um diagnóstico sobre a situação prisional brasileira por meio de um sistema de informações estatísticas como o INFOPEN, que tem grande capilaridade para alcançar as unidades prisionais em todo o país, e as publicações de Anuários sobre o SPF, permitem ao mesmo tempo, a compreensão do contexto prisional geral e das especificidades de cada esfera.

O próprio DEPEN sinaliza que a “[...] publicação em formato aberto permite livre interpretação, através de análises críticas que poderão somar à compreensão da realidade prisional brasileira”⁸⁹. O grau de afinidade entre as duas principais fontes primárias dos dados permitiu que análise comparativa se concretizasse de forma independente, por serem dados que estavam publicamente disponíveis.

A falta de alguns dados em relação do SPF poderia ter sido superada com a melhor elaboração das perguntas enviadas ao órgão.

Ao trabalhar com dados secundários, mesmo que presumindo a elaboração rigorosa exigida do órgão público responsável, não se pode afirmar uma completa fidedignidade quanto ao rigor nas fases de coleta, transcrição e armazenamento de dados, por não ter acompanhado pessoalmente os procedimentos utilizados, e por entender que em qualquer pesquisa existem vieses. Em contrapartida, usar dados secundários coletados pelo órgão conseguiu dar uma dimensão censitária da população, o que seria inviável de alcançar caso fosse utilizada outra estratégia metodológica para trabalhar com dados primários junto aos presos tanto na esfera federal quanto na esfera estadual.

Trazer para o meio acadêmico o olhar da saúde mental, mesmo que em dimensões iniciais, um tema pouco pesquisado na esfera de saúde pública e inaugurar um estudo que contemple a população prisional do SPF e dos estados são pontos positivos atribuídos à pesquisa.

As contextualizações históricas e legais do tema, mesmo que de forma extensa, foram necessárias para aproximar os leitores do tema da prisão com uma base que possibilitaria estabelecer um elo com as implicações atuais da dimensão prisional brasileira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprisionamento deve ser compreendido em complexidade e potência, pois o ambiente de privação de liberdade é um catalisador na modificação da identidade e dos comportamentos da pessoa privada de liberdade.

O significado do crime, da instituição, a convivência interna com linguagens bem estabelecidas são processos que também interferem nos processos de saúde e doença, tanto na dimensão orgânica do corpo quanto na dimensão subjetiva do sofrimento psíquico. São múltiplas as fontes de adoecimento inerentes à prisão.

A inércia crônica do Estado para a superação da política de aprisionamento de massas socialmente estigmatizadas para avançar na perspectiva de uma política restaurativa e com diminuição de vulnerabilidades sociais, cristaliza no sistema penitenciário estadual práticas prisionais sem efetividade que retroalimentam o próprio sistema e sujeitam as PPL a um contexto de mais instabilidade e menos aptidão para a ressocialização.

O perfil sociodemográfico das PPL nos estados brasileiros ilustra o contingente de homens, negros, solteiros, de baixa escolaridade e sem ocupação trabalhista ou de ensino durante a execução penal. Essa descrição é o retrato do aprisionamento da população socialmente vulnerável marcada por iniquidades econômicas, de raça e gênero tão historicamente estruturantes no Brasil.

Os índices sintéticos são baixos para todas as unidades analisadas, e permitem afirmar que os principais dispositivos do sistema estadual, as cadeias e as penitenciárias, estão inadequadas para a execução de privação de liberdade de forma compatível com a manutenção das condições mínimas de salubridade e de exposição à prisão de forma proporcional ao crime cometido, tendo como regra primeira o respeito à dignidade humana.

O sistema penitenciário brasileiro atual apresenta-se como um desafio político, jurídico, social e sanitário. A percepção social que enxerga que as PPL como uma minoria moralmente fraca, e por isso não precisam ocupar espaços prioritários nas agendas das pastas de governo e não são dignas de ações baseadas no respeito à dignidade humana não reconhecem a existência e o tamanho desses desafios.

A complexidade reafirma, e exige o que já está consagrado para diversos desafios da saúde, por exemplo: a gestão compartilhada, descentralizada e calcada na interdisciplinaridade entre diferentes campos do saber baseados em evidências.

A partir da entrada até a saída do sistema penitenciário é necessário que o Estado se faça presente, entendendo que o tempo da execução penal dentro dos estabelecimentos prisionais públicos é uma porta de entrada para serviços básicos sociais e de saúde.

O tamanho do desafio pode ser mensurado a partir do reconhecimento do contingente populacional que se fala, para além das pessoas privadas, um sistema, envolve uma rede que, contempla-se os agentes penitenciários, os familiares que visitam as unidades, os egresso, advogados, defensores públicos, prestadores de serviço para manutenção diária.

Debruçando-se no recorte do desafio sanitário para pensar ações em saúde, é notório que as atuações precisam, de fato, ser repensadas para um contingente muito maior, com efeitos que não são somente para dentro das unidades, mas para toda a região em que há uma unidade penitenciária em funcionamento, pesando como mais um ponto de articulação da rede de saúde local.

Promover a melhora do ambiente e das assistências que devem ser oferecidas, vislumbrando que o perfil de presos que entram nas unidades, demonstram alguma falha de acesso às políticas públicas sociais, e que o lapso da entrada até a saída deles, que o Estado se faça presente, entendendo que o tempo da execução penal cumprido dentro dos estabelecimentos prisionais públicos passe a ser uma porta de entrada para os serviços básicos e não mais como portas fechadas com as PPL estavam vivendo lá fora.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Federal. Curso de formação profissional. [Fundamentos históricos do controle punitivo]. 2016 abril-jun. Localizado em: Escola Nacional de Serviços Penais, Setor Comercial Norte, Quadra 3, Bloco B, Lote 120, Sala S-08 – Ed. Victória.
2. Caldeira FM. A evolução histórica, filosófica e teórica da pena. Revista da EMERJ. 2009; 12(45): 255-272. Disponível em: http://www.emerj.rj.gov.br/revistaemerj_online/edicoes/revista45/Revista45_255.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.
3. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Federal. Curso de formação profissional. [Fundamentos políticos e sociológicos da prisão e da pena]. 2016 abril-jun. Localizado em: Escola Nacional de Serviços Penais, Setor Comercial Norte, Quadra 3, Bloco B, Lote 120, Sala S-08 – Ed. Victória.
4. Escola de Formação e Aperfeiçoamento Penitenciário. A história das prisões e dos sistemas de punições [Internet]. Paraná (PR): Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária. Disponível em: <http://www.espen.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=10> 2. Acesso em: 05 de abril de 2019.
5. Garcia Filho TDM. História das prisões [dissertação de mestrado] [Internet]. [Porto Alegre (RS)]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Direito – Especialização em Ciências Penais; 2013 [citado 2013 nov. 01]. 30p. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/historia-das-prisoas/114852>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
6. Coimbra VC. Teoria das penas [Internet]. Brasília (DF): Conteúdo Jurídico. 10p. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj028976.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
7. Pereira JB. Teoria da pena: análise didática e esquemática. Um salto de qualidade [Internet]. Disponível em: https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=19175. Acesso em: 05 de abril de 2019.
8. Garcia Filho TDM. Histórias dos pensamentos criminológicos [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. [Porto Alegre (RS)]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Direito- Especialização em Ciências Penais; 2013 [citado 2013 nov. 01]. 15p. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/historias-dos-pensamentos-criminologicos/114853>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
9. Alvarez MC. Punição, sociedade e história: algumas reflexões. MÉTIS: história & cultura. [Internet]. 2007 jan.-jun. 6(11): 93-105. Disponível em:

<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/metis/article/view/826/583>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

10. Mellin Filho O. O crime e a pena no pensamento de Emile Durkheim. *Intellectus*. [Internet]. 2011 jan.- mar.; (14): 63-8. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=144>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
11. Durkheim E. Da divisão do trabalho social. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
12. Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
13. Nunes FE, Faleiro W. Reflexões de Émile Durkheim sobre (re) socialização de adolescente submetidos a medidas socioeducativas de internação. *Saberes*. [Internet]. 2016 out.; 1(14): 108-120. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/10024>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
14. Salla F, Gauto M, Alvarez MC. A contribuição de David Garland a sociologia da punição. *Tempo Social*. [Internet]. 2006 jun.; 18 (1) 329 - 350. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v18n1/30020.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
15. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Federal. Curso de formação profissional. [População prisional e políticas públicas]. 2016 abril- jun. Localizado em: Escola Nacional de Serviços Penais, Setor Comercial Norte, Quadra 3, Bloco B, Lote 120, Sala S-08 – Ed. Victória.
16. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Federal. Curso de formação profissional. [Criminologia]. 2016 abril-jun. Localizado em: Escola Nacional de Serviços Penais, Setor Comercial Norte, Quadra 3, Bloco B, Lote 120, Sala S-08 – Ed. Victória.
17. Junges JR. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2009 abr/jun 13 (29): 285-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200004. Acesso em: 05 de abril de 2019.
18. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
19. Foucault M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva; 1972.
20. Wacquant L. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. *Novos estudos*. 2008 mar. 2(80) 9 – 19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n80/a02n80.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
21. Wacquant L. Loïc Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal. Rio de Janeiro: Revan; 2012.

22. Vargas MCO. Loïc Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal [Recensões]. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2016 set 05. (110): 142- 145. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rccs/n110/n110a09.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

23. Silva FL. Sobre um novo conceito de prisionização: o fenômeno da assimilação prisional de acordo com a realidade prisional brasileira [tese de doutorado]. [São Paulo (SP)]: Universidade Presbiteriana Mackenzie, Faculdade de Direito; 2016. 269p. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/3101/5/Fabio%20Lobosco%20Silva.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

24. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Federal. Curso de formação profissional. [Tratamento penitenciário]. 2016 abril-jun. Localizado em: Escola Nacional de Serviços Penais, Setor Comercial Norte, Quadra 3, Bloco B, Lote 120, Sala S-08 – Ed. Victória.

25. Lourenço LC. Contribuições pioneiras das ciências sociais no estudo sobre as prisões brasileiras do séc. XX. *Vivências*. [Internet]. 2015; (46) 169-180. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/download/8785/6265>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

26. Valente OR. Poder e interação simbólica nas prisões brasileiras. Trabalho apresentado em: Sociedade Brasileira de Sociologia; XI Congresso Brasileiro de Sociologia. 2003 jul. 1-5 set.; Campinas, SP, Brasil; Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2003 jul. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=84&Itemid=171. Acesso em: 05 de abril de 2019.

27. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1990.

28. Ribeiro Junior EC. A história e a evolução do Direito Penal Brasileiro [Internet]. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-historia-e-a-evolucao-do-direito-penal-brasileiro,25441.html>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

29. Duarte MF. *Evolução histórica do Direito Penal* [Internet]. 1990 ago. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/932/evolucao-historica-do-direito-penal>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

30. Ribeiro Junior EC. A história e a evolução do Direito Penal Brasileiro [Internet]. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-historia-e-a-evolucao-do-direito-penal-brasileiro,25441.html>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

31. Felix NC. A história do Direito Penal brasileiro [Internet]. 2012 jan. Disponível em: <https://www.sabernarede.com.br/a-historia-do-direito-penal-brasileiro/>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

32. D'Oliveira HRF. A história do direito penal brasileiro. *Projeção, Direito e Sociedade*. 2014 dez. 5(2): 30-38. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao2/article/viewFile>

/410/367. Acesso em: 05 de abril de 2019.

33. Coimbra MT. Tratados Internacionais relacionado ao processo penal brasileiro. [Internet]. 2017 mar. Disponível em: <https://marininha11.jusbrasil.com.br/artigos/442048201/tratados-internacionais-relacionado-ao-processo-penal-brasileiro>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

34. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Bangkok: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/27fa43cd9998bf5b43aa2cb3e0f53c44.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

35. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdbbc4a1b02fa6e3944ba2.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

36. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Pequim: regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça de menores. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/09/2166fd6e650e326d77608a013a6081f6.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

37. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Tóquio: regras mínimas das Nações Unidas para a elaboração de medidas não privativas de liberdade. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/09/6ab7922434499259ffc-a0729122b2d38.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

38. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre direitos civis e políticos. Promulgação [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1992 jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

39. Dadda JPG, Junior Ractz A. Os tratados internacionais de direitos humanos e a imediata apresentação do preso em flagrante em juízo. Direito, Cultura e Cidadania. [Internet]. 2015; 5 (1): 99-115. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/dir/article/view/48/35>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

40. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais. Promulgação. Degradantes [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1992 jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019

41. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1991 fev. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.
42. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]; 1948 dez. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.
43. Brasil. Câmara Legislativa. Conjunto de princípios para a proteção de todas as pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão [Internet]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/ConjPrinProtPesSujQuaForDetPri.html>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
44. Brasil. Câmara Legislativa. Princípios básicos relativos ao tratamento de reclusos. [Internet]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/PrincBasTratRec.html>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
45. Brasil. Câmara Legislativa. Princípios da ética médica aplicáveis à função do pessoal de saúde, especialmente aos médicos, na proteção de prisioneiros ou detidos contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes [Internet]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/PrincEtMedProtPris.html>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
46. Brasil. Comissão interamericana de direitos humanos. Princípios e boas práticas para a proteção das pessoas privadas de liberdade nas américas [Internet]. Comissão interamericana de direitos humanos. 2008 mar. Disponível em: <https://cidh.oas.org/pdf%20files/PRINCIPIOS%20PORT.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
47. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras internacionais para o enfrentamento da tortura e maus-tratos. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/09/c9175bd2c46c4de6b67468beed359d4c.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
48. Trindade AAC. Direito internacional e direito interno: sua interação na proteção dos direitos humanos [Internet]. São Paulo (SP): Procuradoria Geral do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/22361-22363-1-PB.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
49. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em:

http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.

50. Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNH- 3) [Internet]. Brasília (DF): Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República; 2009. Disponível em: <http://www.pndh3.sdh.gov.br/public/downloads/PNDH-3.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

51. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7037, de 21 de dezembro de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

52. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8243, de 23 de maio de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

53. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

54. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.

56. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

57. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.626 de 24 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7626.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

58. Mears DP. A critical look at supermax prisons. *Corrections Compendium*. 2005 Sep.-Oct. 30(5):6-7, 45-49. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305993729_A_Critical_Look_at_Supermax_Prisons. Acesso em: 05 de abril de 2019.

59. Ward DA, Werlich TG. Alcatraz and Marion: Evaluatingsuper-maximumcustody. *Punishment& Society*. 2003 jan. 5(1):53-75. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/249707561_An_Assessment_of_Supermax_Prisons_Using_an_Evaluation_Research_Framework. Acesso em: 05 de abril de 2019.
60. Grassian S. Psychiatriceffectsofsolitaryconfinementstuart. *Journalof Law &Policy*. 2006 jan. 22. 325-383. Disponível em: https://openscholarship.wustl.edu/law_journal_law_policy/vol22/iss1/24/. Acesso em: 05 de abril de 2019.
61. Mears DP. EvaluatingtheEffectivenessofSupermaxPrisons [Internet]. Florida: UrbanInstitute; 2006. Disponível em: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/211971.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
62. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Federal. Curso de formação profissional. [DEPEN: organização e atribuições]. 2016 abril-jun. Localizado em: Escola Nacional de Serviços Penais, Setor Comercial Norte, Quadra 3, Bloco B, Lote 120, Sala S-08 – Ed. Victória.
63. Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 502 de 09 de maio de 2006. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/resolucao-502-cjf.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
64. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.049 de 27 de fevereiro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6049.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.
65. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.671, de 8 de maio de 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11671.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.
66. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.877, de 18 de junho de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6877.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.
67. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.
68. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019. Acesso em: 05 de abril de 2019.

69. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_DE_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx. Acesso em: 05 de abril de 2019.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 29 de março de 1995. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1995/prt0485_29_03_1995.html. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 28 de fevereiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0142_28_02_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 01 de abril de 2014. Disponível em: Acesso em: 05 de abril de 2019. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html.
75. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0305_10_04_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765_12_12_2014.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.
77. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional.

Aleitamento Materno para Mulheres Privadas de Liberdade [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/370311/>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

79. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/eap.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019. Acesso em: 05 de abril de 2019.

80. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/370312/>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

81. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Legislação em Saúde no Sistema Prisional [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.

82. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Nota técnica de esclarecimento sobre a obrigatoriedade de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) pelas equipes de atenção básica prisional (EABp) [Internet]. Brasília 15 de novembro de 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saud_e_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.

83. Brasil. Ministério da Justiça. Boletim de serviço. Portaria DISPF nº 11, de 04 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/dispf/cgtp/ManualdeAssistenciasdoSPF.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

84. Brasil Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 05 de abril de 2019.

85. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Florianópolis: UFSC; 2005. Disponível em: https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.

86. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

87. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

88. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

89. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1988. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 05 de abril de 2019.

90. Pereira MG. A seção de discussão de um artigo científico. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013 jul.-set. 22 (3): 537-538. Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a20.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

91. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2015; 25 (3): 905-24. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00905.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

92. Bezerra, ATAF. HIV/Aids e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática. 2015. Disponível em:
<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4520>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

93. Oliveira, LGD. Avaliação de implantação do Programa de Controle de Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00543.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

94. Apolinario, FH. Significados atribuídos por enfermeiro à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional. 2013. Disponível em:
<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Significados-atribu%C3%ADdos-por-enfermeiros-%C3%A0-assist%C3%A2ncia-que-prestam-a-indiv%C3%ADduos-em-situa%C3%A7%C3%A3o-prisional.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

95. Vitti Junior, W. O controle da tuberculose nos presídios atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru SP. 2013. Disponível em:
https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106048/vittijunior_w_dr_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 05 de abril de 2019.

96. Castro, VD. Saúde nas prisões: um estudo de implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário. 2011. Disponível em: <https://bvssp.ict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2531>. Roma Sánchez, AAMM. Tuberculose em população carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégias de controle. 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ict/4572/2/325.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

97. Vitti Junior, W. Tuberculose em pessoas privadas de liberdade: situação no sistema penitenciário da região de saúde de Botucatu- SP, 1993-2003. 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=511157&indexSearch=ID>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

98. Lima, GMB. Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistências e privações. 2005. Disponível em: http://www.dominipublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=29572. Acesso em: 05 de abril de 2019.

99. Meireles, JR. A mulher infratora na visão do ministério público, do judiciário e no sistema penitenciário. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v10i1-2p58-59>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

100. Carvalho, ML. Sistema prisional e drogas: interfaces em uma sociedade violenta. 2003. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-351877>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

101. Giordani, AT. Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e droga. 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-20022002-110541/publico/annecy.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

102. Lopes, F et al. Prevalência de HIV/HPV na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6973.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

103. Niero, R. Tuberculose pulmonar em uma prisão: estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle. 1981. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-28072016-163114/publico/DR_108_Niero_1981.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.

104. Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouzé B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016; 21 (7): 2041-2050. Disponível em:

Acesso em: 05 de abril de 2019. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2041.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

105. Brinkley- Rubinstein L. Incarceration as a catalyst for worsening health. *Health and Justice*. 1 (3). 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/2194-7899-1-3>.

Acesso em: 05 de abril de 2019.

106. Monteiro FM, Cardoso BR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: um debate oportuno. *Civitas*. Jan-abr. 12(1). 2013. p. 93-117. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/12592/9689>.

Acesso em: 05 de abril de 2019.

107. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate* [Internet]. 2016. 40 (109): 112-124. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00112.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

108. Leach J. Psychological factors in exceptional, extreme and torturous environments. *Extrem Physiol Med* 5(7). 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890253/pdf/13728_2016_Article_48.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2019.

109. Duke LH, Furtado V, Guo B, Völlm BA. Long-stay in forensic- psychiatric care in the UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 53. 313-21. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890253/>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

110. Mundt AP, Baranyi G, Gabrysch C e Fazel S. Substance use during imprisonment in low-and middle-income countries. *March*. 40. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29584860>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

111. Mc Collister KE et al. Criminal justice measures for economic data harmonization in substance use disorder research. *Health and Justice*. 6(17). 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30242561>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

112. Rossheim ME, Livingston MD, Lerch JA, Taxman FS, Walters ST. Serious mental illness and negative substance use consequences among adults on probation. *Health and Justice*. 6(6). 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29569076>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

113. Negrelli AM. Suicídio no sistema carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul [Internet]. [Porto Alegre (RS)]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Direito; 2006. 103p. Disponível em: [HTTPS://core.ac.uk/download/pdf/48132076.pdf](https://core.ac.uk/download/pdf/48132076.pdf). Acesso em: 05 de abril de 2019.

114. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 jul.;21(7):2089-2100. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/14138123-csc-21-07-2089.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/14138123-csc-21-07-2089.pdf). Acesso em: 05 de abril de 2019.
115. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir. 48(30). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
116. Rogan M. Humanrights approaches to suicide in prison: implications for policy, practice and research. *Health and Justice*. 6 (15). 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30218219>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
117. Horton MC, Dyer W, Tennant A e Wrigth NMJ. Assessing the predictability of self-harm in a high-risk adult prisoner population: a prospective cohort study. *Health and Justice*. 6 (18). 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30242541>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
118. Gallagher S. The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement. *Frontiers in psychology*. June. 5. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4054665/>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
119. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 jun.; 11(2): 461-471 Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=en). Acesso em: 05 de abril de 2019.
120. Santos ALG; Farias FR; Pinto DS. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Internet]. 2015 out.-dez. 22(4): 1215-1230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1215.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.
121. Soares Filho MM, Bueno PNMG. Direito à Saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 jul. 21(7): 2101-2110. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702101&lng=en. Acesso em: 05 de abril de 2019.